RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ANALYSE DE L'ACTION DES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

DIRECTION DE L'ÉVALUATION
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MAI 1988

89-02936/

DEPOT LEGAL - 3e TRIMESTRE 1988
BIBLIOTHEQUE NATIONALE DU QUEBEC
ISBN: 2-550-18945-0

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

TABLE DES MATIÈRES iii

LISTE DES ANNEXES viii

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES ix

AVANT PROPOS xi

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL xii

SUPPORT AU GROUPE DE TRAVAIL xiii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I

LE RÉSEAU DES DSC:
SITUATION ACTUELLE ET HISTORIQUE DE LEURS MANDATS

1. DESCRIPTION DU RÉSEAU 5

1.1 Les 32 territoires de DSC et leur population 5
1.2 La répartition régionale 6
1.3 L'emplacement physique des DSC 6

2. LES MANDATS ACTUELS 8

3. HISTORIQUE DES MANDATS DES DSC 10

3.1 Les premiers mandats 10

PAGE

3.2 La seconde période de l'histoire des DSC:
Un virage important à faire 13

4. CONCLUSION 18

CHAPITRE II

LE CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE
ET L'ACTION DES DSC

1. INTRODUCTION 21

2. LES PRINCIPES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE 22

2.1 Des objectifs de santé à atteindre
pour une population 22
2.2 Une action sur les déterminants de la santé 23
2.3 Un engagement dans des actions tangibles de
promotion, de prévention et de protection en
matière de santé 24
2.4 Une approche privilégiée: l'intersectorialité,
la multidisciplinarité et la participation 25

3. CONCLUSION 26

CHAPITRE III

LES CHAMPS D'INTERVENTION ET LES ACTIVITÉS
DES DSC

1. INTRODUCTION 31

PAGE

2. LES SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES 31

3. NOYAUX DE BASE DES ACTIVITÉS ET DES CHAMPS D'INTERVENTION DES DSC 33

3.1 Connaissance et surveillance des problèmes et besoins en ce qui concerne la santé 35
3.2 Protection de la santé publique 39
3.2.1 Maladies infectieuses 40
3.2.2 Santé environnementale 41
3.3 Autres programmes de promotion et prévention 43
3.4 Santé au travail 45
3.5 L'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé 47
3.6 Dispensation directe de services et autres programmes sociaux 48
3.7 La recherche dans les DSC 49

4. TENDANCES RÉCENTES DANS L'ACTION DES DSC ET LIENS AVEC LE CADRE DE RÉFÉRENCE 52

4.1 Évolution des champs d'intervention 52
4.2 Diversification des partenaires des DSC 55
4.3 Liens avec l'évolution des mandats et cadres de référence des DSC 57

5. VARIATIONS ENTRE LES DSC 59

5.1 Connaissance et surveillance de l'état de santé 59
5.2 Protection de la santé publique 61
5.3 Autres programmes de prévention et de promotion 66

6. CONCLUSION 67

PAGE

CHAPITRE IV

L'ACTION DES DSC À L'ÉCHELLE PROVINCIALE ET RÉGIONALE

1. INTRODUCTION 71

2. LE NIVEAU PROVINCIAL 71

3. LE NIVEAU RÉGIONAL 76

4. QUELQUES QUESTIONS À L'ÉGARD DE L'ACTION DES DSC AUX NIVEAUX PROVINCIAL ET RÉGIONAL 77

4.1 L'action provinciale des DSC et celle du Ministère 77
4.2 L'action régionale des DSC et le rôle des CRSSS 78

5. CONCLUSION 80

CHAPITRE V

LES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES DES DSC

1. INTRODUCTION 85

PAGE

2. LES RESSOURCES HUMAINES DANS LES DSC 85

2.1 Nature et fonction du personnel 85
2.2 La composition du personnel 87
2.3 Le niveau de formation 89
2.4 Les variations entre les DSC 92

3. LES RESSOURCES FINANCIÈRES DONT DISPOSENT LES DSC 95

3.1 Introduction 95
3.2 Les budgets de fonctionnement des DSC 96
3.3 Les vacations payées par la RAMQ 98
3.4 Les équipes de santé au travail 98
3.5 Les autres ressources et subventions des DSC 100

4. CONCLUSION 102

CHAPITRE VI

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. RÉSUMÉ 107

2. LE CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LES MANDATS DES DSC 109

3. LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 111

4. COLLABORATION DSC-CRSSS 113

5. COLLABORATION DSC-MSSS 115

6. SYSTÈME D'INFORMATION 117

7. RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES 117

LISTE DES ANNEXES

PAGE

ANNEXE A : LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL 125

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE / FICHE DESCRIPTIVE 131

ANNEXE C : TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES 141

1. GÉNÉRAUX 145

2. OBJECTIFS OPÉRATIONNELS 146

3. SUBVENTIONS 148

ANNEXE D : LE MANDAT DES DSC EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL 149

PAGE

TABLEAU 12 : NIVEAU DE FORMATION DES INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES DSC 93

TABLEAU 13 : LES ÉQUIPES PROFESSIONNELLES DES DSC 94

TABLEAU 14 : RÉPARTITION DES DSC SELON LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT POUR L'ANNÉE 1986-87 97

TABLEAU 15 : ESTIMATION DES VACATIONS ET SALAIRES PAYÉS PAR LA RAMQ AUX MÉDECINS ET DENTISTES OEUVRANT DANS LES DSC, (LA SANTÉ AU TRAVAIL EXCLUE) AU 31 MARS 1987 99

TABLEAU 16 : SUBVENTIONS POUR DES PROJETS SPÉCIFIQUES D'INTERVENTION ET DE RECHERCHE ACCORDÉES AUX DSC EN 1986-1987, SELON LA SOURCE 101

TABLEAU 17 : TOTAL DES RESSOURCES FINANCIÈRES DES DSC 103

TABLEAU 18 : L'ARTICLE 74 AVEC L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS RECOMMANDÉES 123

FIGURE 1 : PRINCIPAUX NOYAUX D'ACTIVITÉS DES DSC 34

FIGURE 2 : ORGANIGRAMME DÉCRIVANT LA DIVISION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU SEIN DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC 73

FIGURE 3 : DSC-TYPE PROPOSÉ 121

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

PAGE

TABLEAU 1 : LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LA POPULATION DE LEUR TERRITOIRE 7

TABLEAU 2 : "POURCENTAGE DU TEMPS" CONSACRÉ EN MOYENNE DIFFÉRENTES FONCTIONS 36

TABLEAU 3 : LES THÉMATIQUES DES DOSSIERS DANS LES DSC SELON LES ENQUÊTES FORUM 1986 ET 1987 ET LES FICHES DESCRIPTIVES 37

TABLEAU 4 : NOMBRE DE POSTES DE RECHERCHE EN ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN PAR DSC 51

TABLEAU 5 : PARTICIPATION DES PARTENAIRES AUX 128 DOSSIERS DES DSC 56

TABLEAU 6 : "POURCENTAGE DU TEMPS" CONSACRÉ PAR LES DSC À LA FONCTION DE CONNAISSANCE ET DE SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ 60

TABLEAU 7 : NOMBRE D'EMPLOYÉS AFFECTÉS AU CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES DSC 62

TABLEAU 8 : NOMBRE D'EMPLOYÉS ET LEUR ÉQUIVALENT EN POSTES À PLEIN TEMPS POUR LES TROIS SECTEURS D'ACTIVITÉS DES DSC 86

TABLEAU 9 : RÉPARTITION DES EMPLOYÉS DES DSC SELON LEUR CHAMP DE FORMATION, EN 1983 ET 1987 88

TABLEAU 10 : NIVEAU DE FORMATION DES EMPLOYÉS PROFESSIONNELS DES DSC 90

TABLEAU 11 : CHAMP ET NIVEAU DE FORMATION DES MÉDECINS ET DENTISTES TRAVAILLANT DANS LES DSC 91

AVANT PROPOS

En janvier 1987, le ministère de la Santé et des Services sociaux, par la voie de son sous-ministre adjoint à la direction générale de la Planification et de l'Évaluation, monsieur Paul-A. Lamarche, a confié à un groupe de travail le mandat d'effectuer une analyse de l'action des départements de santé communautaire. Ce mandat doit son origine au besoin du Ministère de disposer d'informations plus claires et systématiques concernant les activités et les ressources du réseau des Départements de santé communautaire (DSC). Il se situe également dans le contexte d'autres études effectuées récemment pour le Ministère concernant des organismes du réseau, notamment le Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC[1] et CRSSS et Décentralisation de 1972 à 1987: Bilan d'une recherche.[2]

Dès leur création jusqu'à ces dernières années, les DSC ont dû investir beaucoup de leurs énergies à suppléer à l'absence de CLSC sur leurs territoires. Le transfert d'une partie substantielle de leurs effectifs vers les CLSC s'est effectué à partir de 1983. Aujourd'hui, les DSC semblent s'orienter davantage vers les mandats de surveillance, de prévention, de protection et de promotion de la santé qui ont présidé à leur création. Parallèlement, ils mènent une réflexion en profondeur sur leurs rôles et fonctions dans le réseau socio-sanitaire. Dans ce contexte de changements, le Ministère a jugé important que l'on se dote d'un portrait d'ensemble du quoi et du comment des activités actuelles des DSC.

L'objectif du mandat initial était donc de dresser un état précis de la situation des DSC, d'effectuer en quelque sorte un inventaire de leurs activités et ressources par rapport à leurs rôles et fonctions. Pour

---

1 Brunet, Jacques et al., Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, 10 mars 1987.

2 Turgeon, Jean, CRSSS et Décentralisation de 1972 à 1987: Bilan d'une recherche, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1987.

réaliser ce mandat, le groupe de travail sur l'analyse de l'action des DSC a été formé dans une optique de collaboration entre le Ministère et le milieu des DSC et de la santé communautaire en général. Une coordination a également été assurée avec les travaux de la Commission Rochon.

Le groupe de travail a déposé un rapport au Ministère le 22 décembre 1987 mettant fin ainsi à son mandat initial. Par la suite, le sous-ministre adjoint, monsieur Paul-A. Lamarche a demandé au groupe de travail d'accepter de prolonger son mandat afin de développer et de préciser davantage les recommandations que le groupe avait fait à l'intention du Ministère. Ainsi, les cinq premiers chapitres du présent rapport sont essentiellement les mêmes que ceux déposés par le groupe de travail en décembre 1987 alors que le Chapitre VI - Conclusion et Recommandations a été retravaillé et substantiellement modifié lors du prolongement du mandat du groupe.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

BILODEAU, Léandre, Coordonnateur
Chef du Service de l'Évaluation - Prévention et Services communautaires, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

BOYLE, Pierre
Adjoint à la Recherche et Développement, Département de santé communautaire, Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal.

FORTIN, Jean-Paul
Conseiller spécial, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec.

LESSARD, Richard
Directeur, Département de santé communautaire, Cité de la Santé, Laval.

MONTAMBAULT, Pierre
Chef du service des Études socio-sanitaires, Direction de la Planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

MONTREUIL, Louise
Directrice, Élaboration des politiques, Conseil régional de la santé et des services sociaux, Région de Québec (03), Québec.

PELLETIER, Michel
Directeur, Direction de la Prévention et de la Protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

(Monsieur Raynald Pineault, Professeur du Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal a été également membre du groupe de travail jusqu'en août 1987).

SUPPORT AU GROUPE DE TRAVAIL

RECHERCHE ET RÉDACTION

ANTIL, Thomas
Agent de recherche, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec.

BERNARD, Jean-Marc
Agent de recherche, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

SOUTIEN TECHNIQUE

CHABOT, Denis
Agent de bureau, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

BOUDREAU, Christian
Occasionnel, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

GINGRAS, Florent
Analyste en informatique, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

DACTYLOGRAPHIE

BEAULÉ, Diane
Secrétaire, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

∴ ∵ ∴ ∵ ∴ ∵ ∴ ∵ ∴

Le groupe de travail veut remercier les personnes suivantes qui ont apporté une collaboration sur divers aspects du rapport:

Du Ministère: Ginette Paquet, Denis Saint-Amand, Joanne Gagnon, Pierre Lafontaine et May Clarkson. Également: Carole Daveluy du DSC Cité de la Santé Laval, Raymond Massé du DSC de Verdun, Jean Beauchemin du DSC Maisonneuve-Rosemont et Michel Beauchemin du Centre de coordination de la santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ).

Nous remercions également les sept professionnels qui ont accepté, en septembre 1987, de présenter au groupe de travail un aperçu de certains dossiers régionaux et provinciaux des DSC ainsi que les individus qui ont participé aux séances de travail organisées en avril 1988 par le groupe lors du prolongement de son mandat.

L'ensemble de la démarche a été facilité par la grande collaboration des chefs des 32 Départements de santé communautaire qui ont répondu à toutes nos demandes d'information.

INTRODUCTION

La première démarche du groupe de travail a été de préciser son mandat (voir texte du mandat en Annexe A). Il a d'abord établi l'importance d'effectuer une description dynamique du réseau des DSC. En effet, on peut difficilement faire un état de situation du réseau des DSC sans prendre en considération les changements qui se sont produits dans ce secteur d'activité depuis trois ou quatre ans. Il est également important de reconnaître les variations qui existent entre les différents DSC du réseau.

Le groupe de travail a aussi considéré l'importance de faire l'analyse de la situation en regard du cadre de référence et des finalités qui sous-tendent l'action des DSC. Une considération des mandats législatifs des DSC lui est apparue essentielle mais pas suffisante pour bien comprendre les activités des DSC dans le contexte de la santé publique d'aujourd'hui.

Le délai initialement prévu pour l'exécution du mandat n'a pas permis la tenue d'une étude très approfondie sur toutes les activités des DSC. Le groupe de travail a ainsi décidé d'exploiter au maximum les sources de données déjà existantes. Cependant, une évaluation de ces sources a relevé deux lacunes majeures. D'abord, il n'existait pas suffisamment de données pour faire un portrait complet des ressources (matérielles, humaines et financières) dont disposent les DSC. En deuxième lieu, les sources de données existantes ne donnaient pas toujours suffisamment de détails pour faire une description dynamique de la façon dont les dossiers s'amorcent et sont traités par les DSC, surtout en ce qui concerne les rapports des DSC avec les autres établissements et organismes du réseau socio-sanitaire.

Pour combler ces deux lacunes, le groupe de travail a choisi d'envoyer un court questionnaire à chacun des 32 DSC. Le questionnaire était accompagné d'une série de fiches descriptives permettant aux DSC de

décrire de façon plus détaillée un certain nombre de dossiers qu'ils ont eu à traiter. Compte tenu notamment des délais que cette opération de cueillette de données a nécessité, le groupe de travail a dû réviser son échéancier en cours de route.

L'analyse de l'ensemble de ces données a finalement permis au groupe de travail de donner une image assez fidèle de ce que font actuellement les Départements de santé communautaire. Elle a également rendu possible une description de l'organisation des DSC, de leurs différentes activités, des ressources disponibles, de leurs besoins et d'un certain nombre de problèmes vécus par les DSC dans la réalisation de leurs mandats et la poursuite des objectifs de santé communautaire.

Le rapport du groupe de travail présente d'abord l'historique des mandats et des fonctions des DSC, tels qu'ils apparaissent dans les lois et règlements. Il se dégage de ces mandats une image qui est peu précise et parfois ambiguë par rapport aux fonctions de certains autres organismes du réseau. De là l'importance pour le groupe de travail de préciser le cadre de référence à partir duquel l'action des DSC s'est organisée au cours des années; ce sera l'objet du deuxième chapitre. L'analyse des champs d'intervention et des activités des DSC nous permettra, au troisième chapitre, de dégager un portrait de leur action, d'en observer l'évolution et d'en vérifier les liens avec le cadre de référence et avec les mandats formels des DSC. Le chapitre suivant décrira et expliquera l'organisation que les DSC se sont donnée à l'échelle régionale et provinciale. Le cinquième chapitre établira un portrait général des ressources humaines et financières dont dispose le réseau des DSC. En conclusion, dans le dernier chapitre, le groupe de travail fera certains constats et énoncera un certain nombre de recommandations.

CHAPITRE I

LE RÉSEAU DES DSC:
SITUATION ACTUELLE ET HISTORIQUE DE LEURS MANDATS

Les départements de santé communautaire (DSC) ont été créés dans le cadre de la réforme des institutions socio-sanitaires au début des années 1970. Suite aux recommandations du Comité McDonald,[1] un certain nombre de centres hospitaliers de la province se sont vus dotés d'un département de santé communautaire ayant des responsabilités auprès d'une population spécifique.

Au cours de leurs quinze années d'existence, ces départements ont connu deux périodes principales. Dans leurs premières années d'existence, les DSC ont d'abord dû assumer une double responsabilité: implanter les nouvelles fonctions de santé communautaire et assurer la dispensation de plusieurs services de première ligne, fonction jusqu'alors assumée principalement par les unités sanitaires et les services municipaux de santé. En 1983, début de la deuxième période, le transfert des effectifs de première ligne vers les CLSC amena les DSC à effectuer un important virage dans leur façon d'assumer leurs responsabilités en santé communautaire.

Après une brève description du réseau et des mandats actuels des DSC, ce premier chapitre fera un retour rapide sur l'histoire de ces mandats.

1. DESCRIPTION DU RÉSEAU

1.1 Les 32 territoires de DSC et leur population

Le Québec est actuellement desservi par un réseau de 32 départements de santé communautaire. La division du Québec en 32 territoires tendait à répondre grosso modo à un critère qui fixait à environ 200 000 la popu-

1 McDonald, C. et al., Rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire, 24 décembre 1971.

lation à desservir par un département. À cause de la configuration géographique et démographique du Québec, il a été cependant difficile de respecter totalement ce critère.

Le Tableau 1 nous montre que sept territoires de DSC ont une population inférieure à 150 000, dont quatre de moins de 100 000, alors qu'à l'autre extrême, dans neuf cas, la population dépasse les 250 000 habitants. En somme, pour la moitié des territoires des DSC, la taille de la population se situe entre 150 000 et 250 000.

1.2 La répartition régionale

Du point de vue de la répartition régionale, on remarque que quatre régions n'ont qu'un seul DSC sur leur territoire. De leur côté, les régions de Montréal métropolitain (06A) et de Québec (03) ont respectivement huit et sept DSC. On retrouve dans les trois régions de Montréal (06A, 06B et 06C) les huit territoires de DSC les plus populeux; les quatre territoires dont la population est inférieure à 100 000 se retrouvent dans des régions ou sous-régions à dominance rurale.

1.3 L'emplacement physique des DSC

Comme il a été mentionné antérieurement, les DSC sont des départements de centres hospitaliers. Toutefois la moitié seulement (seize DSC) sont situés physiquement à l'intérieur de l'édifice principal du centre hospitalier, alors que les seize autres sont dans un édifice à l'extérieur de l'hôpital. Parmi ces seize derniers, dix occupent des locaux n'appartenant pas à l'hôpital. Par ailleurs, environ 25% des équipes de santé au travail ne sont pas situées dans les mêmes locaux que les DSC auxquels ils sont rattachés.

Deux cas particuliers sont à signaler: il s'agit de deux régions, la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue, où l'unique DSC est rattaché au CRSSS. L'orientation de la présente étude n'a pas permis de recueillir

TABLEAU 1

LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LA POPULATION DE LEUR TERRITOIRE

NOM DU CH-DSC	RÉGION	POPULATION DU TERRITOIRE*	
		N	RANG
HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE RIMOUSKI	1	150 465	8
C.H. HÔTEL-DIEU DE GASPÉ	1	83 555	2
HÔPITAL DE CHICOUTIMI	2	170 640	14
HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL	2	128 940	7
C.H. RÉGIONAL DE LA BEAUCE	3	151 515	9
HÔTEL-DIEU DE RIVIÈRE-DU-LOUP	3	92 880	3
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS	3	206 480	20
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	3	124 160	6
C.H. UNIVERSITÉ LAVAL	3	243 345	23
HÔPITAL DU SAINT-SACREMENT	3	152 810	10
HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY	3	47 780	1
C.H. RÉGIONAL DE LA MAURICIE	4	99 110	4
HÔPITAL SAINTE-CROIX	4	155 345	11
C.H. SAINTE-MARIE	4	194 155	17
C.H. UNIVERSITÉ SHERBROOKE	5	256 245	26
HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	6A	217 830	21
C.H. DE VERDUN	6A	185 100	16
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	6A	403 205	32
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	6A	165 185	13
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	6A	195 405	18
HÔPITAL SAINT-LUC	6A	253 745	24
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	6A	339 670	30
CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL	6A	268 305	27
HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉRÔME	6B	307 520	29
C.H. RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE	6B	255 240	25
C.H. DE VALLEYFIELD	6C	199 945	19
C.H. HONORÉ MERCIER	6C	291 905	28
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	6C	394 765	31
HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	6C	172 280	15
C.H. RÉGINAL DE L'OUTAOUAIS	7	242 920	22
DSC ROUYN-NORANDA**	8	157 400	12
DSC BAIE-COMEAU**	9	118 340	5
MOYENNE :		200 828	
VALEUR MINIMALE :		47 780	
VALEUR MAXIMALE :		403 205	

* Recensement de 1981 (les données de 1986 n'étant pas disponibles lors de la production de ce tableau).

** Ces deux DSC sont rattachés au CRSSS de leurs régions respectives.

les données nécessaires à une analyse comparative des avantages et des inconvénients d'une telle situation par rapport au rattachement hospitalier. Toutefois, il pourrait s'avérer utile de réaliser une telle analyse à la lumière des principaux constats du présent rapport.

2. LES MANDATS ACTUELS

Les mandats actuels des DSC sont explicités dans trois lois et leurs règlements.

D'abord, en 1983, l'article 74 du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux,[1] a redéfini les mandats de base des DSC comme suit:

> "En collaboration avec les établissements et en tenant compte des priorités établies par le conseil régional, le chef du département de santé communautaire doit notamment:
>
> 1. établir et mettre à jour le profil de l'état de santé de la population du territoire du département;
>
> 2. identifier les problèmes de santé de la population et élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour le territoire;
>
> 3. veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire;
>
> 4. coordonner les activités professionnelles et gérer les ressources de son département".

1 L.R.Q., c. S-5.

De plus, une récente modification (avril 1986) de ce même article vient ajouter un cinquième mandat pour les DSC:

> "En collaboration avec le conseil régional et les organismes concernés et en tenant compte des objectifs de santé déterminés au niveau du territoire du conseil régional ou de celui du Québec, le chef du département de santé communautaire peut également étudier et évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé du territoire du département".

La Loi sur la protection de la santé publique[1] contient plusieurs précisions concernant les responsabilités et les pouvoirs du chef de DSC dans le domaine des maladies à déclaration obligatoire. On y trouve notamment les précisions suivantes:

1. le chef du département de santé communautaire est mandaté de recevoir les déclarations de tout cas de maladie à déclaration obligatoire ou de maladie vénérienne sur son territoire;

2. il doit ensuite signaler tous ces cas de maladie au Ministère selon des modalités spécifiées par règlement;

3. le chef du département de santé communautaire doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire lui a été signalée;

4. il peut charger un médecin de faire enquête ou présenter une requête afin d'obtenir une ordonnance enjoignant à une personne atteinte d'une maladie vénérienne, de variole ou de tuberculose en phase contagieuse de se soumettre à des traitements.

---

1 L.R.Q., c. P-35, art. 5.

Enfin, depuis 1979, une dernière pièce de législation, la Loi sur la santé et la sécurité au travail,[1] donne des responsabilités importantes aux DSC concernant l'élaboration des programmes en santé et sécurité au travail. Ces responsabilités sont spécifiées à l'intérieur de contrats signés entre la CSST et les CH-DSC.

3. HISTORIQUE DES MANDATS DES DSC

3.1 Les premiers mandats

Selon les règlements en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tels que définis en 1972, le chef de ces nouveaux départements hospitaliers avait pour fonctions (entre autres) "de faire participer les professionnels du département":

- "à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au développement des programmes de santé physique et mentale et de services préventifs en collaboration avec les centres locaux de services communautaires avec lesquels le centre hospitalier a un contrat de services;

- à des études sur les besoins de la population dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale;

- à des enquêtes sur les épidémies et à la mise en application des mesures de contrôle appropriées".[2]

En plus de ces nouvelles fonctions de santé communautaire, les DSC se sont vu également confier la responsabilité de dispenser, de façon tem-

---

1 L.R.Q., c. S-2.1, notamment les articles suivants: 33, 37, 51, 78, 101, 107, 110, 114, 116-120, 122, 123, 126-128, 131, 132.

2 Règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, ch. 48) art. 4.5.2.3 et 4.5.2.4.

poraire, la plupart des services directs à la population offerts par les unités sanitaires et les services municipaux de santé avant la réforme (campagnes de vaccination, éducation sanitaire et hygiène dentaire, dépistage des problèmes de santé en milieu scolaire, information préventive auprès des femmes enceintes, etc.). On a également demandé aux DSC d'assurer des services à domicile en attendant l'implantation des CLSC.

> "Le mandat des DSC se situait donc en continuité et en rupture avec les services de santé publique dispensés depuis plusieurs décades par les Unités sanitaires et par les Services municipaux de santé... en continuité, parce qu'ils intégraient les fonctions et le personnel de ces anciennes organisations, mais en rupture, parce qu'ils se voyaient confier, dans une perspective de "santé communautaire", un mandat plus vaste que ce que le précédent réseau de santé publique avait pu faire."1

Afin d'assumer ces responsabilités, les nouveaux DSC étaient, du point de vue administratif, constitués comme départements cliniques d'hôpitaux. Pour les réformateurs, le rattachement du DSC à un centre hospitalier offrait plusieurs avantages.

D'abord, la structure déjà existante des hôpitaux permettait la mise en place sûre et rapide des services de santé publique, sans investissement de beaucoup de nouvelles ressources en plus de celles transférées des unités sanitaires et des services municipaux de santé. Pour mieux assurer la continuité de la santé publique dans le contexte de la réforme globale des institutions socio-sanitaires, le comité a préféré

---

1 Michel O'Neill, L'approche critique en promotion de la santé dans les DSC québécois, Centre de recherche sur les services communautaires, 1987, p. 24.

situer cette fonction dans une organisation déjà en place qui possédait une identification par rapport à la population.[1]

Cette intégration se voulait aussi un moyen de revaloriser, de façon plus générale, le domaine de la santé publique. En effet, vers la fin des années soixante, les activités des unités sanitaires et des services municipaux de santé suscitaient peu d'intérêt chez les professionnels de la santé et le prestige de ce champ de pratique était à son plus bas niveau.[2]

Les réformateurs du système de santé voulaient également, par cette intégration aux centres hospitaliers, rapprocher le préventif et le curatif et ouvrir les hôpitaux vers la communauté. De là, l'attribution aux DSC du mandat de "pourvoir à la mise sur pied et au bon fonctionnement d'un service d'urgence de première ligne et de services externes généraux". Ils devaient également "faire participer les professionnels oeuvrant dans le département au bon fonctionnement et à la coordination des services de santé courants dans le centre hospitalier".[3] Cependant, de façon générale, il semble que ces derniers mandats se soient avérés impraticables, à cause, entre autres, de la confusion entre les responsabilités des chefs de DSC et celles des chefs des autres départements cliniques. Ces mandats ont été abandonnés par la plupart des DSC et retirés ensuite des règlements.[4]

Bien que l'intégration des DSC dans les hôpitaux au niveau de la structure professionnelle n'ait pas toujours été facile, les DSC ont été

---

1 Rapport du comité d'étude sur la prévention sanitaire, op. cit., p. 7-8.
2 Ibid., p. 7.
3 Règlement en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, ch. 48) art. 4.5.2.3 et 4.5.2.4.
4 Voir Michel O'Neill, "Les département de santé communautaire", Recherches Sociographiques, Vol. 24, No. 2, 1983, pp. 171-201, et Pineault, Champagne et Trottier, "The Integration of Public Health in Hospitals: the case of Community Health Department Québec", Journal of Public Health Policy, Vol. 7, No. 3, 1986, pp. 314-323.

généralement bien intégrés dans la structure administrative du centre hospitalier.[1]

En effet, certains centres hospitaliers ont choisi de donner à leur DSC un statut de direction administrative et la plupart des DSC, même sans ce statut, avaient plutôt tendance à fonctionner comme des directions administratives. L'étude des DSC effectuée par GRAM Inc. pour l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) en 1978, a conclu à l'effet que "le DSC n'est pas un département clinique comme les autres et le chef du département de santé communautaire, de par la nature et l'importance des fonctions qu'il assume, est de fait un des cadres supérieurs de l'établissement".[2] D'après l'étude menée par Pineault et al. en 1983, 19 des 32 DSC avaient un statut de direction administrative et au moins 24 chefs de DSC siègeaient au Comité de régie de leur hôpital.

3.2 La seconde période de l'histoire des DSC: Un virage important

Le mandat temporaire de suppléance que les DSC ont dû remplir en l'absence de CLSC a eu une forte influence sur leur évolution. On sait que la mise sur pied d'un réseau de CLSC a été beaucoup plus lente que prévue. En 1981, près des 2/3 du personnel des DSC étaient encore affectés à la prestation directe de services. Cette fonction occupait près de 80% du travail dans plusieurs DSC. Ce n'est qu'en 1984 que le transfert définitif des responsabilités et des effectifs vers les CLSC a été amorcé.

> "Cette réaffectation massive de ressources des DSC vers les CLSC entraînera une modification profonde du fonctionnement des premiers, modification souhaitée par certains car elle permettrait enfin à ces organismes de jouer le rôle qui leur est propre dans le réseau des Affaires sociales, mais

1 Pineault, Champagne et Trottier, 1986, op. cit., p. 318.
2 Drouin, Paquin et Associés Ltée et GRAM Inc, Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec, 1978, p. 146.

crainte par plusieurs, car elle pourrait signifier la disparition éventuelle de ce réseau sous-régional".1

Néanmoins, le transfert semble s'être effectué sans heurts majeurs, dans un esprit de collaboration. Les DSC étaient ainsi ramenés aux mandats principaux pour lesquels ils avaient été créés. Il restait aux DSC à gérer la transition, avec ce qu'elle comportait de redéfinition et d'ajustement, compte tenu entre autres du fait que l'expertise d'une partie du personnel restant en place se trouvait dans l'encadrement des services de première ligne.

Pendant cette phase de transition, les DSC se sont livrés à une réflexion essentielle sur leurs mandats et leurs responsabilités afin de mieux définir leur rôle dans le système socio-sanitaire. Le colloque "Pour une mission en santé" organisé en décembre 1983 par l'Association des directeurs de département de santé communautaire représentait une étape importante dans cette réflexion.

Le discours d'ouverture du président du Comité organisateur de ce colloque présente la situation comme "à l'orée d'une période qui s'avère cruciale dans l'évolution de la santé communautaire au Québec". C'est le moment pour les DSC "d'accélérer la réalisation de [leur] mandat propre". Leur travail "ne sera plus le même"; leurs besoins en personnel "ne seront plus ceux qu'[ils connaissaient]".[2]

Cette seconde période s'est donc amorcée dans un contexte de grande incertitude pour les DSC. En plus de devoir surmonter leur propre "crise d'identité", ils ont dû fonctionner à partir de mandats légaux qui ne constituaient pas un encadrement très précis pour eux, sauf en ce qui concerne les maladies à déclaration obligatoire et les programmes de santé et sécurité au travail. La Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que les règlements contenaient en effet

1 O'Neill, 1983, op. cit., p. 177.
2 Pour une mission en santé, Colloque des départements de santé communautaire, décembre 1983, p. 14.

très peu de spécifications concernant les responsabilités et les pouvoirs des DSC.

L'étude de GRAM Inc. a répertorié les précisions fournies par le Ministère aux DSC au cours des premières années de leur existence. Elle en arrive à la conclusion que,

> "Le M.A.S. initiateur de l'octroi du mandat de santé communautaire à 32 établissements désignés n'a pas initialement précisé les orientations à suivre non plus les conditions d'exercice de ce mandat. La planification initiale quant à la mise sur pied des DSC semble avoir été fort sommaire. L'action du M.A.S. s'est plutôt centrée sur une allocation progressive et contrôlée de ressources".1

Aujourd'hui encore, le Répertoire des normes et pratiques de gestion du Ministère ne contient guère de précisions: des seize circulaires que nous y avons recensées concernant les activités des DSC, douze touchent les deux domaines où la loi fournit déjà un certain nombre de précisions (maladies infectieuses et santé au travail), les quatre autres portant surtout sur la question de gestion financière.

Par ailleurs, les DSC devaient s'ajuster à une nouvelle forme de rapport, notamment avec les CLSC, dans un contexte d'autonomie des établissements. En effet, les ressources de première ligne étant maintenant dans les CLSC, les DSC ne pouvaient plus avoir avec elles des rapports d'autorité en ce qui concerne l'application des programmes, mais plutôt des rapports de partenariat. En même temps, il semble qu'il se soit développé un certain malaise entre les DSC et les CRSSS en ce qui concerne les collaborations à entreprendre par rapport à certaines fonctions de santé communautaire.

---

1 Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec, op. cit., p. 102.

Cette situation peut s'expliquer si l'on retourne à l'histoire, au moment de la mise en place des nouvelles structures après la réforme des services de santé, au début des années 1970. Comme le rappelait en 1983 Jean Rochon, membre du comité McDonald en 1971:

> "Au moment de la mise en place des nouvelles structures comme les Conseils régionaux des services de santé et des services sociaux (CRSSS) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC), il était difficile de prévoir leur rôle en regard de la santé publique... Il n'est donc pas surprenant que santé communautaire et DSC soient devenus presque des synonymes... Cependant, le CRSSS et le CLSC ont graduellement établi leur rôle pendant cette période et réclament maintenant une participation à la fonction de santé communautaire".1

Aujourd'hui encore, la confusion persiste en ce qui concerne les rôles et les responsabilités des DSC si on en croit différents mémoires présentés à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Pour la Fédération des CLSC:

> "Depuis que le parachèvement du réseau des CLSC est acquis, les DSC doivent revenir à leur mandat original axé autour des fonctions d'évaluation, de programmation et de recherche. En pratique cependant, l'étendue de ce mandat en matière de prévention et de santé communautaire et, notamment, les liens à établir avec le CLSC ne sont pas toujours clairs. On peut en outre s'interroger sur la pertinence de maintenir universellement et sous leur forme actuelle 32 centres d'évaluation et de recherche en santé communautaire au Québec".2

De leur côté, les mémoires de huit CRSSS ainsi que celui de la Conférence font état d'un dédoublement de certaines fonctions de recherche, de planification et d'évaluation entre les DSC et les Conseils régio-

---

1 Jean Rochon, allocution au Colloque des DSC, Pour une mission en santé, décembre 1983, p. 82-83.

2 Fédération des CLSC du Québec, Les CLSC et la réforme socio-sanitaire au Québec: pour un bilan prospectif, mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1986, p. 27.

naux et recommandent une intégration de ces fonctions aux Conseils régionaux.[1]

Enfin, les DSC dans leur représentation à la Commission Rochon soulignent que:

> "[...], il nous apparaît qu'il y a une méconnaissance marquée de la place et du rôle des DSC dans notre système de soins et que la plus grande confusion existe entre les mandats des CRSSS et ceux des DSC. En particulier, les DSC sont les seuls qui doivent travailler en "collaboration" avec les autres instances. Il en découle des problèmes de communication et de collaboration interorganismes où l'existence des barrières administratives et les phénomènes de compétition se traduisent soit par l'ignorance ou l'indifférence des mandats des DSC, soit par leur récupération ou plus subtilement, leur usurpation par les autres instances".2

En somme, le point central qui ressort de cette brève analyse est que l'absence de précision quant aux orientations et aux conditions d'exercice des mandats des DSC a créé des ambiguïtés dans les perceptions réciproques en ce qui concerne le rôle des différents organismes du réseau dans le domaine de la planification, de la programmation et de l'évaluation en santé communautaire.

---

1 CRSSS de la Montégérie, Relevé comparatif des éléments de solution tiré des mémoires et conseils régionaux présenté à la commission Rochon (1986): Document de travail, 1er octobre 1986.

2 Association des Hôpitaux du Québec, Représentation faite à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, juin 1986.

4. CONCLUSION

L'histoire relativement courte des départements de santé communautaire peut se diviser en deux périodes: une première période au cours de laquelle les DSC ont été amenés à dispenser des services de première ligne en remplacement d'anciennes structures et en l'absence de CLSC sur leurs territoires; une seconde période qui s'est amorcée en 1983, après le transfert des effectifs de première ligne vers les CLSC, et au cours de laquelle les DSC ont dû réorienter leur action, tout en continuant d'assumer certaines responsabilités qu'ils avaient déjà, notamment la protection de la santé publique.

En l'absence de précision de la part du Ministère sur les orientations et les conditions d'exercice de certains de leurs mandats de base, les DSC ont travaillé à s'ajuster aux nouvelles réalités et problématiques de santé. La Loi et les règlements laissaient aux équipes professionnelles en place la responsabilité de réaliser ces mandats en fonction des nouvelles perspectives en santé communautaire qui se sont développées à la fin des années 1970 et au début des années 1980. C'est ce cadre de référence en santé communautaire qui sera présenté au deuxième chapitre.

CHAPITRE II

LE CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET L'ACTION DES DSC

1. INTRODUCTION

La définition légale des responsabilités et des mandats des DSC n'était sans doute pas suffisante pour guider leur action en santé communautaire. De plus, la pratique professionnelle dans ce secteur d'activités pouvait difficilement s'appuyer sur une longue tradition comme c'est le cas dans la plupart des autres secteurs de la santé. C'est graduellement au cours des années 70 et au début des années 80 que se sont établis, au Québec comme ailleurs, les principes de la santé communautaire.

Cette nouvelle voie n'était pas tracée d'avance et, comme le rappellent Pineault et Champagne, "d'une certaine façon, l'évolution des DSC s'est faite en symbiose avec l'évolution du concept même de santé communautaire et de ses pratiques et outils".[1]

Le développement de ces principes de la santé communautaire, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, a connu ses points marquants avec la parution du rapport Lalonde[2] en 1974, de la politique de l'OMS qui a fixé en 1977 un objectif de "santé pour tous en l'an 2000",[3] du rapport du "Surgeon General"[4] aux États-Unis en 1979, du rapport du

---

1 Champagne, F. et Pineault, R., "Les services de prévention et de promotion de la santé: l'expérience des DSC", dans Une politique de santé pour le Québec, Les cahiers scientifiques, ACFAS, 1986, p. 121.

2 Marc Lalonde, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, avril 1974, 82 p.

3 Organisation mondiale de la santé, Les buts de la santé pour tous, Buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1985.

4 Healthy People, The Surgeons General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, Washington D.C., DHEW (PHS) Publication No 79-55071, 177 pages. Suivi de Promoting Health, Preventing Disease: Objective for the Nation, Washington D.C., DHHS, U.S., Government Printing Office, 1980, 102 pages.

comité d'étude sur la promotion de la santé au Québec (CASF) en 1984.[1]

2. LES PRINCIPES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

L'action dans le domaine de la santé communautaire vise l'atteinte d'objectifs de santé, en agissant sur les principaux déterminants de la santé, par des actions tangibles de promotion, de prévention et de protection, dans un contexte d'intersectorialité, de multidisciplinarité et de participation.

Reprenons chacun de ces quatre groupes d'éléments.

2.1 Des objectifs de santé à atteindre pour une population

La finalité première de toute institution d'un réseau socio-sanitaire est de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population. Cette finalité s'appuie de façon générale sur une définition assez large de la santé où les concepts de bien-être, de fonctionnalité et d'adaptation prévalent.

En santé communautaire, la santé est appréhendée comme un phénomène collectif et l'approche se fait auprès des populations plutôt qu'à l'endroit des individus. La perspective de planification qui en découle oriente l'action sur des problèmes de santé, sur la réduction des écarts de santé dans la population, et elle doit favoriser l'atteinte d'objectifs de santé. Les résultats devront se mesurer en ter-

---

1 Conseil des Affaires sociales et de la famille, Objectif: Santé, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, août 1984.

mes de contrôle d'un problème de santé dans une population ou d'augmentation des facteurs favorables à la santé.

2.2 Une action sur les déterminants de la santé

En 1974, le rapport Lalonde proposait une conception globale de la santé reposant sur quatre éléments principaux: la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Ces déterminants de la santé constituent la matière de base sur laquelle s'exerce l'action en santé communautaire.

> "La biologie humaine englobe tous les aspects de la santé, à la fois physique et mentale, qui ont leur origine à l'intérieur de l'organisme et qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu...
>
> ...l'environnement représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun...
>
> ...les habitudes de vie représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle...
>
> ...l'organisation des soins de santé comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé".1

Les travaux ultérieurs au rapport Lalonde, notamment en épidémiologie, ont permis de mieux comprendre l'étiologie des maladies chroniques et d'insister sur "la complexité de leur interaction et du processus par lequel ces déterminants peuvent affecter la santé d'un individu".[2] Par ailleurs, le concept d'environnement, peu développé par Lalonde,

---

1 Lalonde, op. cit., p. 33-34.
2 Conseil des Affaires sociale et de la famille, op. cit., p.62.

est actuellement reconnu comme facteur important dans l'émergence des problèmes de santé. En utilisant cette conception globale de la santé, on a vite fait de constater que le caractère des déterminants déborde largement le système de santé et que l'atteinte des objectifs de santé implique la contribution de toutes sortes d'organisations.

2.3 Un engagement dans des actions de promotion, de prévention et de protection en matière de santé

La promotion de la santé vise à "développer au sein de la population, les habiletés nécessaires pour exercer un contrôle sur les déterminants de la santé et par voie de conséquence améliorer sa santé".[1] Deux types d'activités composent généralement la promotion de la santé: la représentation et l'"habilitation". "Les activités de représentation sont dirigées vers les preneurs de décisions afin de les amener à des choix politiques conformes aux impératifs sanitaires de la population. Les activités d'habilitation visent à accroître la capacité des gens:

1) à faire face (coping) aux situations difficiles, à l'aide de mesures telles le support social, l'assistance mutuelle et l'auto-santé;

2) à adopter des comportements sanitaires favorables à leur épanouissement en s'appuyant sur des valeurs culturelles et des normes sociales qui peuvent rendre faciles les choix de santé".2

La prévention intervient à trois stades d'évolution d'un problème de santé. Au stade primaire, la prévention a pour but de contrer l'effet potentiel des facteurs de risque et ainsi, d'en empêcher l'action sur la santé. Les programmes d'aide aux fumeurs désirant cesser de fumer

---

1 Association des hôpitaux du Québec, Avis sur la révision de la loi sur la protection de la santé publique, mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987. Définition d'après Nutheam, D et J. Lawrence, Positive Health, an Update on Health Promotion in Action, The Institute for Health Promotion University of Wales, Cardiff, 1986.

2 Ibid, p. 13.

en sont un exemple. Au stade secondaire, la prévention aide à identifier la présence d'un phénomène pathologique dès son apparition, ce qui en facilite le traitement précoce. Le dépistage de l'hypertension artérielle, de différents types de cancers, de problèmes auditifs chez les travailleurs sont des exemples de prévention secondaire. Au stade tertiaire, la prévention empêche l'aggravation et la récidive des problèmes ayant fait l'objet d'un traitement.

Finalement, la protection s'exerce par la surveillance et le contrôle des agents agresseurs de l'environnement et de leurs conséquences sur la santé, l'environnement étant ici pris dans son sens large. La surveillance et le contrôle des maladies infectieuses, des agents toxiques (air, eau, aliments, drogues) ainsi que des accidents et traumatismes sont les principaux champs d'action de la protection. Celle-ci est menée à travers le suivi d'indicateurs pertinents et la mise en place de mesures spécifiques. Ces mesures ont pour objet de modifier soit l'environnement (exemples: système d'épuration des eaux usées, système de ventilation en milieu industriel, modification du système routier), soit les comportements des populations concernées (exemples: utilisation du condom lors de relations sexuelles à risque, port de protecteurs auditifs en milieu industriel bruyant, port de la ceinture de sécurité en automobile).

2.4 Une approche privilégiée: l'intersectorialité, la multidisciplinarité et la participation

Pour pouvoir agir sur la multiplicité de ces déterminants dont la santé est tributaire, les intervenants doivent recourir à une approche intersectorielle. Il est maintenant reconnu que de nombreux secteurs de la société, non directement concernés par la santé, ont un impact sur les conditions de vie et sur les déterminants de la santé. Les responsables de la santé communautaire doivent donc développer, en plus des liens acquis avec le réseau, des partenariats avec des organismes des secteurs autres que celui de la santé, tant publics que privés, dont

l'activité a une influence reconnue ou potentielle sur la santé de la population.

Cette approche intersectorielle caractérisée par la complexité des déterminants et par la diversité des acteurs, repose non seulement sur la connaissance des aspects épidémiologiques mais aussi sur celle des processus sociaux, politiques, psychologiques, culturels, etc. La modification de l'environnement et des comportements dans le sens souhaité par les objectifs de santé nécessite donc un ensemble de disciplines, d'expertises variées.

Enfin, l'implication de la population par la voie de la participation, c'est-à-dire, la prise en charge de ses propres problèmes, est un élément essentiel de la santé communautaire. On doit donc miser sur les dynamismes des populations ou des groupes qui la représentent pour les amener à contribuer aux différentes étapes des processus de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation.

3. CONCLUSION

En résumé, l'action dans le domaine de la santé communautaire vise l'atteinte d'objectifs de santé pour une population donnée, en agissant sur les principaux déterminants de la santé, par des actions tangibles de promotion, de prévention et de protection, dans un contexte d'intersectorialité, de multidisciplinarité et de participation.

Cette approche qui s'est développée concurremment dans la plupart des pays occidentaux au cours des dernières années a trouvé au Québec une structure d'accueil toute prête dans le réseau des DSC. L'adhésion de ces derniers à ce cadre de référence leur permettait par ailleurs d'amorcer rapidement l'opérationnalisation de leurs mandats. Ils furent

d'ailleurs parmi les principaux agents de promotion de ce cadre de référence.

Même si en général c'est vers ce cadre de référence que les DSC semblent vouloir s'orienter dans la réalisation de leurs mandats, on peut se demander jusqu'à quel point leurs activités et réalisations correspondent effectivement à ce cadre de référence et dans quelles conditions s'exercent leur action. Les chapitres qui suivent apportent des éléments de réponse à cette question.

CHAPITRE III

LES CHAMPS D'INTERVENTION ET LES ACTIVITÉS DES DSC

1. INTRODUCTION

L'objectif de ce chapitre est de présenter un portrait du "quoi" et du "comment" de l'action des DSC. Nous essaierons ainsi d'identifier les activités et les champs d'intervention que les DSC semblent privilégier à l'heure actuelle et qui forment, en quelque sorte, le noyau de base de leur action. Nous tenterons également de dégager les tendances récentes de l'évolution des activités et des champs d'intervention des DSC et de faire le lien avec l'historique de leurs mandats et le cadre de référence de leur action, tel que présenté dans les chapitres précédents. Enfin, nous terminerons avec certaines constatations quant aux variations qui existent dans le réseau de DSC.

2. LES SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES

Il n'est pas facile de faire un portrait clair et précis de l'action des DSC. En effet, l'intervention en santé communautaire est par sa nature difficilement quantifiable et il n'existe pas de statistiques ou d'indicateurs de base qui nous permettent de décrire de façon systématique les activités des DSC comme c'est le cas dans d'autres secteurs de la santé (exemple: actes médicaux, admissions, journées d'hospitalisation, etc.). De plus, à l'heure actuelle, il n'y a pas de mécanisme, tel que des rapports périodiques par exemple, pour assurer la circulation régulière d'information entre les DSC et le MSSS.

Cependant, il existe quelques sources de données qui nous permettront de faire un portrait général de l'action des DSC et d'en dégager certaines tendances.

D'abord, le Comité Forum des DSC effectue chaque année un inventaire auprès des professionnels oeuvrant dans ces départements concernant

leurs trois dossiers principaux. Les Enquêtes Forum de 1986 et de 1987, malgré certaines limites, fournissent des informations concernant les thématiques des dossiers traités, le type d'activités effectuées ainsi que la population-cible.

Une deuxième source de données est le Répertoire des projets subventionnés en santé communautaire, 1986-87. Les DSC sont parmi les récipiendaires les plus importants du programmes de subventions conjoint MSSS-CRSSS. Ce document fournit des informations sur les thématiques des différents projets en santé communautaire effectués par les DSC dans le cadre du programme.

Le questionnaire[1] que nous avons envoyé pour les fins de cette étude à l'ensemble des DSC a également permis de recueillir certaines informations, notamment sur les activités privilégiées par les DSC et sur les personnels affectés à différentes fonctions. Il a d'ailleurs été possible de comparer ces données à celles recueillies par Pineault et al. en 1983 et ainsi de vérifier l'évolution de l'importance de certaines fonctions.

Afin de mieux saisir les tendances actuelles dans le réseau, nous avons demandé aux DSC de remplir des fiches descriptives[1] concernant les réalisations qu'ils considéraient les plus représentatives de leurs activités. Ces fiches fournissent des informations concernant les origines et les objectifs des dossiers privilégiés par les DSC ainsi que les établissements, organismes ou autres partenaires impliqués dans ces réalisations. De plus, nous utiliserons ces fiches descriptives pour illustrer, de façon plus concrète, un certain nombre de réalisations des DSC.

Certes, chacune de ces sources de données comporte des lacunes et des approximations. Cependant, considérées ensemble, ces différentes sour-

---

1 Voir Annexe B.

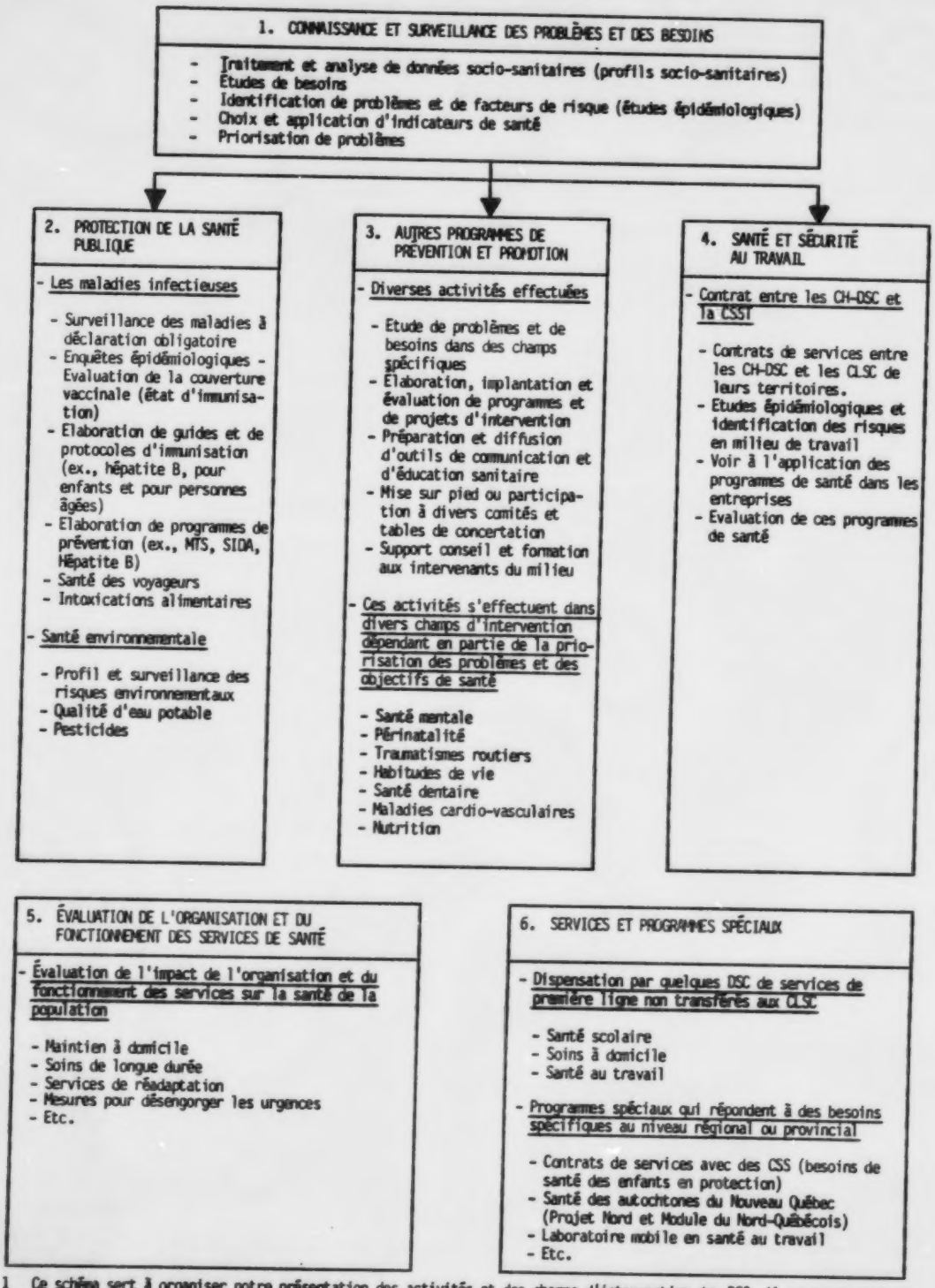
ces nous ont permis de dégager un portrait de l'action des DSC que nous croyons fidèle à la réalité.

3. NOYAUX DE BASE DES ACTIVITÉS ET DES CHAMPS D'INTERVENTION DES DSC

Nous avons choisi de présenter les activités des DSC en les regroupant nous-mêmes dans six noyaux principaux qui sont illustrés à la Figure 1. D'après les données disponibles, tous les DSC sont impliqués dans certaines activités pour chacun des quatre premiers noyaux. La Figure 1 présente des exemples de telles activités ou champs d'intervention les plus fréquemment mentionnés dans nos sources de données. Il faut noter cependant qu'il n'existe pas de frontière bien délimitée entre le premier noyau, la connaissance et surveillance, et les deuxième, troisième et quatrième noyaux d'activités que nous avons identifiés. En effet, les activités de connaissance et de surveillance de l'état de santé servent à orienter l'action des DSC dans ces trois autres secteurs d'activités, ce qu'indiquent les flèches de la Figure 1. Pour cette même raison, nous avons illustré certaines activités de connaissance et de surveillance spécifiques à l'intérieur de chacun des autres noyaux.

À ces quatre noyaux pour lesquels on retrouve des activités dans tous les DSC, il faut en ajouter deux autres pour lesquels on ne retrouve des activités que dans certains DSC. Il s'agit de l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé ainsi que la dispensation de certains services et programmes spéciaux.

FIGURE 1: PRINCIPAUX NOYAUX D'ACTIVITÉS DES DSC [1,2]



1 Ce schéma sert à organiser notre présentation des activités et des champs d'intervention des DSC; il ne correspond pas nécessairement à l'organigramme d'un DSC typique.

2 Nous n'avons pas considéré la recherche comme un noyau séparé dans notre présentation des activités des DSC. La recherche ne constitue pas une fin en soi pour les DSC mais plutôt un outil pour réaliser leurs mandats. Ainsi, elle peut s'effectuer par rapport à tous les noyaux d'activités présentés ici.

Les Tableaux 2 et 3 présentent certaines données de base qui fournissent des approximations sur l'importance relative des différents noyaux d'activités dans les DSC, à l'exception de la santé au travail qui n'est pas comprise dans la plupart des sources de données, à cause de la spécificité de ce secteur. Il faut noter que les données du Tableau 2 sont basées sur un estimé global des chefs quant à la répartition du temps consacré aux différentes fonctions de santé communautaire dans leur DSC. Malgré une certaine subjectivité, ces données fournissent un portrait relativement conforme à celui obtenu d'autres sources, comme on peut le voir dans le Tableau 3.

Dans cette section, nous aborderons de façon plus détaillée chacun des noyaux d'activités que nous avons identifiés. Nous y ajouterons également une brève discussion de la recherche dans les DSC.

3.1 Connaissance et surveillance des problèmes et besoins en ce qui concerne la santé

La connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population de leur territoire est clairement une des principales activités effectuées par les DSC. Selon la répartition de temps consacré aux différentes fonctions de santé communautaire (Tableau 2), la fonction de connaissance et de surveillance se situe en première place, occupant en moyenne 22% du temps des DSC.

Les données des enquêtes Forum témoignent également de l'importance de la connaissance et de la surveillance parmi les activités des DSC. Par exemple, 24% des dossiers recensés dans l'enquête Forum 1986 comportaient comme activité principale une activité liée à la connaissance et la surveillance (recherches prospectives, identification de besoins, traitement et analyse de données socio-démographiques, élaboration d'indicateurs socio-sanitaires, études descriptives, etc.).

L'importance de la fonction "connaissance et surveillance" est fortement confirmée par les fiches descriptives qui nous ont été fournies par les DSC comme représentatives de leurs réalisations. Le tableau 2 de l'Annexe C présente la répartition des principaux objectifs opéra-

TABLEAU 2

"POURCENTAGE DU TEMPS"* CONSACRÉ EN MOYENNE
AUX DIFFÉRENTES FONCTIONS

FONCTIONS	POURCENTAGE
CONNAISSANCE ET SURVEILLANCE	22,0
ÉLABORATION DE PROGRAMMES	16,5
CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES	16,3
MISE EN OEUVRE OU COORDINATION DE PROGRAMMES	15,9
ÉVALUATION DE PROGRAMMES	9,1
ÉVALUATION DE SERVICES	7,6
DISPENSATION DIRECTE DE SERVICES	5,0
AUTRES	7,7
TOTAL	100,0%

* SOURCE: Questionnaire aux 32 DSC; estimé fourni par les chefs de DSC, la question posée étant, "Pour l'année financière 1986-87, à part des activités en santé au travail, pourriez-vous nous indiquer le pourcentage du temps que le DSC a consacré à chacune des fonctions suivantes".

TABLEAU 3

LES THÉMATIQUES DES DOSSIERS DANS LES DSC SELON LES ENQUÊTES FORUM 1986 ET 1987 ET LES FICHES DESCRIPTIVES

THÉMATIQUES	1986 %	1987 %	FICHES (1987) %
PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE	(21,7)	(26,6)	(24,4)
- Maladies infectieuses	17,1	22,0	12,2
- Santé environnementale	4,6	4,6	12,2
DIVERSES THÉMATIQUES DE PRÉVENTION ET PROMOTION	(44,3)	(44,9)	(39,9)
- Santé mentale	11,7	9,5	10,6
- Accidents et traumatismes	3,6	5,3	7,3
- Habitudes de vie	2,7	4,7	3,3
- Santé physique	4,8	7,0	1,6
- Périnatalité	7,3	6,6	6,5
- Famille-Enfance	3,6	2,3	4,9
- Nutrition	4,4	3,9	3,3
- Santé dentaire	6,2	5,6	2,4
SANTÉ EN GÉNÉRAL*	(18,0)	(16,8)	(21,1)
SERVICES DE SANTÉ	(11,6)	(9,5)	(11,4)
AUTRES THÉMATIQUES	(4,3)	(2,3)	(3,3)
TOTAL	100%	100%	100%
	(N=905)	(N=1047)	(N=123)

* Dossiers qui n'ont pas pu être classifiés sous une thématique de santé spécifique. Pour un bon nombre de dossiers des enquêtes Forum et pour l'ensemble des fiches descriptives, il s'agit de dossiers liés à la connaissance et surveillance de la santé en général ou à la priorisation de divers problèmes.

tionnels des réalisations décrites dans ces fiches. Trente-trois pour cent (33%) des objectifs opérationnels identifiés dans les fiches ont trait à la connaissance et surveillance de l'état de santé, ce pourcentage regroupant les quatre premières catégories d'objectifs mentionnés dans le tableau en question. Dans les deux premiers cas, il s'agit de profils ou portraits socio-sanitaires dans lesquels on décrit la population selon divers indicateurs de santé ou mesures d'exposition à des risques. Ces activités servent à établir des priorités parmi les problèmes de santé ou à exercer un contrôle et à assurer un suivi par rapport à l'évolution d'un problème. La troisième catégorie réfère aux études étiologiques qui identifient des sources d'infection ou des risques environnementaux. Enfin, la quatrième catégorie réfère aux activités de cueillette de données, de connaissance de problèmes, de revue de littérature, d'évaluation de besoins et d'attentes, d'enquête d'opinion, de compilation et analyse de statistiques. On cerne ici la nature, l'ampleur et l'impact des problèmes de santé.

Parce que la fonction de connaissance et de surveillance s'effectue par rapport à l'ensemble des thématiques sur lesquelles travaillent les DSC, cette fonction n'apparaît pas comme thématique spécifique dans le Tableau 3. Par contre, on peut noter une plus grande concentration des activités de connaissance et de surveillance à l'intérieur de la thématique "Santé en général" comparé aux autres thématiques de santé. Cette thématique contient beaucoup de dossiers de connaissance et de surveillance de l'état de santé en général, par exemple des profils socio-sanitaires de la population du territoire. En effet, presque toutes les fiches descriptives classifiées sous la thématique de "Santé en général" ont un rapport direct avec la fonction de connaissance et de surveillance. Il s'agit ici de trois types de réalisations: des profils socio-sanitaires de la population en général, des études de problèmes ou de besoins de certaines populations spécifiques (ex. jeunes, personnes âgées, autochtones), et des démarches de planification visant à établir des priorités par rapport aux différents problèmes et besoins.

Comme exemple ici, nous pouvons citer une fiche descriptive, classée sous la thématique "santé en général", qui concerne la réalisation, par un DSC, d'un profil démographique, socio-économique et sanitaire de son territoire. Cette réalisation visait trois objectifs: connaître l'état de la santé bio-psycho-sociale de la population, cerner les principales problématiques de santé de la région et plus spécifiquement des territoires de CLSC, et situer les problématiques retenues dans le contexte québécois. Pour établir ce profil, le DSC a reçu la collaboration du MSSS et de Statistique Canada (fournisseurs de données) ainsi que du milieu universitaire (accès aux équipements informatiques). Après l'identification des problématiques, des populations-cibles et des territoires-cibles, ces informations ont été communiquées aux partenaires concernés (CRSSS, CSS, CLSC). Selon la fiche descriptive, ces efforts ont eu comme résultats l'établissement des priorités régionales en concertation avec les CSS et le CRSSS ainsi que la répartition plus éclairée des ressources de première ligne des CLSC en fonction des problématiques retenues et des territoires-cibles identifiés.

Pour conclure, la connaissance et la surveillance de l'état de santé est une fonction de base des DSC et semble occuper près d'un quart de leurs efforts. Bien qu'une partie importante de ces efforts vont vers la surveillance de l'état de santé en général, les activités de connaissance et de surveillance s'effectuent aussi spécifiquement par rapport à la protection de la santé publique, à la santé et sécurité au travail ou aux autres programmes de prévention et de promotion de la santé.

3.2 Protection de la santé publique

La protection de la santé publique concerne le contrôle des maladies causées par des agresseurs biologiques ou physico-chimiques. Nous pouvons subdiviser l'intervention des DSC dans ce domaine en deux thématiques: les maladies infectieuses et la santé environnementale. La Figure 1 présente les activités principales effectuées à l'intérieur de

chacune de ces thématiques. D'après nos différentes sources de données (Tableau 3), la protection de la santé publique représente environ le quart des activités des DSC.

3.2.1 Maladies infectieuses

Les DSC interviennent beaucoup face aux maladies infectieuses. Ce champ d'intervention est en effet la thématique la plus importante pour les DSC selon les enquêtes Forum. En 1986, plus de 17% des dossiers répertoriés par l'Enquête Forum étaient classifiés sous ce thème; en 1987 le pourcentage a augmenté à 22%. Les dossiers les plus importants dans le domaine des maladies infectieuses concernaient les maladies transmises sexuellement et le S.I.D.A., la couverture vaccinale (état d'immunisation), la santé des voyageurs ainsi que les autres maladies à déclaration obligatoire telles que l'hépatite virale B, la tuberculose, etc.

Selon notre questionnaire, la fonction "contrôle des maladies infectieuses" occupe en moyenne 16,3% du temps des DSC en 1987 (tableau 3). On peut donc estimer que l'action des DSC dans ce domaine représente entre 15% et 20% de leurs efforts.

Il est également à noter que les maladies infectieuses comptaient pour 12% des fiches descriptives remplies par les DSC concernant leurs principales réalisations de l'année 1986-87. Ici, il s'agissait surtout de projets d'intervention contre les MTS et de la surveillance plus générale des maladies infectieuses.

Par exemple, un DSC nous a soumis une fiche qui décrit l'implantation sur son territoire d'un programme concernant les maladies transmissibles sexuellement (MTS). Cette réalisation a été effectuée à partir d'une programmation cadre déjà produite conjointement par le regroupement des DSC de la région socio-sanitaire. Le programme du DSC avait trois objectifs: connaître la réalité des MTS sur son territoire, amé-

liorer les services relatifs aux MTS auxquels la population a accès, et diffuser de l'information sur les MTS aux professionnels de la santé ainsi qu'à la population elle-même.

Dans le cadre de ce dossier, le DSC a collaboré avec des CLSC et des CH dans l'établissement de trois services cliniques MTS sur son territoire. Le DSC a également mis sur pied une surveillance informatisée de la clientèle de ces cliniques. En ce qui concerne la diffusion de l'information, le DSC a organisé une journée d'information sur les MTS à l'intention des différents intervenants concernés et une série de soupers-conférences sur les MTS pour les médecins du territoire. Il a, en outre, publié un feuillet d'informations sur les MTS aux deux mois (Info-MTS) ainsi qu'une série d'articles à ce sujet dans les médias locaux. Une évaluation du programme a été effectuée. Cette réalisation a également débouché sur un projet de recherche concernant l'adoption de comportements préventifs face aux MTS chez les jeunes.

3.2.2 Santé environnementale

Le deuxième domaine où les DSC jouent un rôle en protection de la santé publique est la santé environnementale. Ce thème compte pour environ 5% des dossiers compilés par les enquêtes Forum. Presque la moitié de ces dossiers en santé environnementale ont été classifiés sous le sous-thème "santé environnementale en général" tandis que les dossiers concernant la qualité de l'eau comptaient pour plus d'un tiers du total.

Par ailleurs, la santé environnementale compte pour 12% des réalisations pour lesquelles les DSC nous ont soumis des fiches descriptives. La surveillance des risques environnementaux, la qualité de l'eau et les pesticides sont les trois sous-thèmes les plus souvent abordés dans les fiches en question.

Selon un répertoire récemment complété au Ministère,[1] 30 des 32 DSC travaillent actuellement en santé environnementale. Quant aux différentes thématiques abordées dans ce domaine, ce répertoire nous donne une image tout à fait conforme à nos autres sources de données. En effet, 18 DSC ont indiqué que l'eau potable faisait partie de leurs préoccupations, alors que 17 d'entre eux travaillaient sur le profil et l'évaluation des risques environnementaux sur leur territoire. Ensuite, les thèmes les plus souvent cités sont les pesticides (huit fois), les eaux récréatives (cinq fois), la pollution de l'air (cinq fois) et la fluoration (cinq fois).

Comme exemple d'une réalisation dans le domaine de la santé environnementale, on peut citer une fiche descriptive qui concerne la qualité de l'eau potable. Le DSC en question a effectué une enquête épidémiologique sur son territoire afin de vérifier si les gens qui consommaient l'eau d'un certain système d'aqueduc étaient plus atteints de gastro-entérites que la population en général. Cette réalisation doit son origine aux demandes provenant des médecins du territoire et de la population en général.

Le DSC a effectué deux sondages téléphoniques avec la collaboration de Travail Québec (recrutement et formation des téléphonistes) et du CSS (prêt des locaux). En collaboration avec différentes écoles sur son territoire, le DSC a également effectué une étude comparative de la santé des enfants de 5 à 9 ans. On a aussi fait un relevé des symptômes de gastro-entérites chez les personnes se présentant à l'urgence de l'hôpital de l'endroit concerné. Enfin, on a entrepris un projet pilote de médecins sentinelles afin de surveiller la situation. Cette enquête a conclu qu'il n'y avait pas un plus grand nombre de gastro-entérites chez les consommateurs de l'eau de l'aqueduc en question.

---

1 Ministère de la Santé et des Services sociaux, Liste des intervenants et intervenantes et principaux dossiers en santé environnementale, Service de santé publique, mai 1987.

3.3 Autres programmes de promotion et prévention

Ce troisième noyau d'activités regroupe toute une gamme de thématiques autour desquelles les DSC interviennent en prévention et en promotion de la santé. La Figure 1 indique que les activités et les champs d'intervention que nous avons inclus dans ce noyau sont en effet très nombreux et très variés. De plus, le Tableau 3 indique que ce noyau, le plus important pour les DSC, représente un peu plus de 40% de leurs activités. Il est intéressant de noter que ce chiffre est conforme avec les données du Tableau 2 qui indique qu'un total de 41,5% du temps des DSC est consacré aux divers aspects de la programmation en prévention et promotion (élaboration, mise en oeuvre, coordination et évaluation de programmes).

En regardant de plus près les thématiques de prévention et de promotion au Tableau 3, on est d'abord frappé par l'importance de la thématique de la santé mentale qui compte pour environ 10% des dossiers des enquêtes Forum et des fiches descriptives. De plus, le tableau 3 de l'Annexe C nous apprend que la santé mentale se place au premier rang parmi les différentes thématiques quant aux projets de santé communautaire subventionnés par le Ministère (plus de 15% du total). Le suicide et la violence familiale sont les problèmes spécifiques les plus fréquemment abordés à l'intérieur de la thématique de santé mentale.

Les trois thématiques "accidents et traumatismes", "habitudes de vie" et "santé physique" semblent augmenter en importance pour les DSC. Dans le cas de la santé physique, les dossiers concernent surtout le problème des maladies cardio-vasculaires et de l'hypertension tandis que dans la thématique "accidents et traumatismes", il s'agit en général des traumatismes routiers. Enfin, les dossiers sur les habitudes de vie concernent surtout le tabagisme et la promotion de l'activité physique. Cette dernière reflète principalement la présence, en 1986-87, dans sept DSC, d'un module de Kino-Québec; elle est sans doute

appelée à prendre de l'importance, avec l'implantation (en cours) d'un tel module dans tous les DSC.

Les autres thématiques principales sur lesquelles travaillent les DSC (périnatalité, famille-enfance, nutrition et santé dentaire) réflètent des domaines plus traditionnels en santé communautaire et sont en grande partie liées aux services de santé communautaire de première ligne hérités des unités sanitaires et transférés plus tard aux CLSC.

Pour illustrer ce noyau d'activités que nous appelons "autres programmes de prévention et promotion", nous décrirons brièvement trois réalisations sur lesquelles les DSC nous ont fourni des fiches descriptives. Nous avons choisi une fiche descriptive à l'intérieur de chacune des trois thématiques les plus importantes identifiées plus haut.

Une première fiche, appartenant à la thématique "accidents et traumatismes", décrit une campagne de promotion du port de la ceinture de sécurité effectuée par un DSC sur son territoire. Cette campagne a été organisée en collaboration avec les autres DSC de la même région socio-sanitaire, les traumatismes routiers ayant été retenus comme priorité régionale. Ce projet a reçu le support financier du conseil régional ainsi que de la Régie de l'assurance-automobile. De plus, le projet a suscité la participation des policiers, des entreprises et des municipalités de la région. Les principales activités réalisées par le DSC dans ce projet ont été: l'élaboration et la distribution de matériel promotionnel, la formation et la coordination des participants, l'observation, l'analyse et la diffusion des taux de port de la ceinture pendant la campagne et l'évaluation du programme.

Dans le domaine de la santé mentale, une fiche décrit la réalisation, par un DSC, d'un guide de prévention du suicide à l'intention des jeunes du secondaire et du CEGEP. Ce guide est composé d'un vidéo d'une demi-heure et d'un document d'accompagnement. Le DSC a réalisé ce projet avec la collaboration d'un CH psychiatrique, de chercheurs univer-

sitaires et des maisons de jeunes de son territoire. De plus, le projet a bénéficié d'une commandite du secteur privé et d'un soutien financier du CRSSS. Le guide a été diffusé à travers la province dans des CEGEP, des écoles secondaires, des CLSC et d'autres organismes.

Une troisième réalisation, cette fois en périnatalité, concerne la prévention des naissances de moins de 2 500 grammes. Ce projet visait le dépistage et la prise en charge individuelle de femmes enceintes dont l'état nutritionnel présentait un risque. On voyait ensuite à l'amélioration de leur alimentation et, pour une partie de cette clientèle, à l'amélioration des soins prénatals. L'intervention avait pour but ultime l'amélioration du poids de l'enfant à la naissance. Le projet a nécessité la collaboration des médecins du territoire, du CSS, du service de diététique d'un CH ainsi que d'un certain nombre d'organismes communautaires. Ce projet a été entrepris à titre de démonstration pour générer dans le milieu régional la prise en charge de cette clientèle à risques nutritionnels de façon à compléter l'ensemble des services déjà offerts aux femmes enceintes. Les CLSC du territoire sont à implanter ce service sur le territoire.

3.4 Santé au travail

La Loi sur la santé et la sécurité au travail confère aux chefs de DSC la responsabilité de voir à l'application des programmes de santé spécifiques aux établissements de travail de leur territoire (entreprises ou autres). Ces programmes de santé au travail sont spécifiés dans le cadre des contrats qui lient les CH-DSC et la CSST. De plus, les CH-DSC peuvent conclure avec les CLSC de leur territoire des contrats de service où ces derniers s'engagent à fournir les services de santé spécifiques à un établissement.

Chaque DSC dispose d'une équipe de base en santé au travail dont la fonction est de fournir le support nécessaire aux chefs de DSC dans l'accomplissement de leur mandat et de fournir également aux équipes

des services de santé (CLSC) le support et l'expertise en santé au travail. À cet égard, l'équipe de base participe directement ou indirectement à la conception, à la coordination, à la planification, à l'évaluation et à la réalisation des activités nécessaires pour satisfaire aux exigences du contrat spécifique signé par les CH-DSC avec la CSST et des contrats liant les CH-DSC et les CLSC de leur territoire. L'Annexe D présente plus en détail le mandat et les activités des DSC en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail.

Comparée aux autres noyaux d'activités des DSC, la santé au travail est plus standardisée dû à l'encadrement des contrats avec la CSST. La taille des équipes peut varier selon l'importance de leur tâche, mais le noyau est composé habituellement d'un coordonnateur, d'un agent de recherche, d'un hygiéniste industriel et d'un médecin-conseil.

Le groupe de travail a choisi de s'abstenir d'analyser plus en détail le secteur de la santé au travail dans le cadre de ce rapport. D'abord, certains acteurs importants concernés par ce secteur (CSST, CLSC) n'étaient pas représentés sur le groupe de travail. Par ailleurs, l'encadrement légal spécifique aux équipes en santé au travail et leur mode distinct de financement justifient également que ce secteur d'activité fasse l'objet d'une étude particulière. À cet égard, il existe plusieurs études récentes; l'état de situation réalisé en 1987 par le Service de la Santé publique du MSSS par rapport au rôle du Ministère dans le domaine de la santé au travail, l'Opération Bilan effectuée par le comité provincial des DSC en santé au travail à l'automne 1987, la vérification intégrée commandée par la CSST en ce qui concerne les contrats spécifiques entre la CSST et les CH-DSC, ainsi que le rapport de recherche publiée par la Commission Rochon.[1]

---

1 Deena White, Marc Renaud "The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safty or Strategique Analysis", Rapport de recherche 21, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, 1988.

3.5 L'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé

Ce noyau regroupe les activités effectuées par les DSC en relation avec le mandat ajouté aux règlements en avril 1986, concernant l'étude et l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé de leur territoire.

D'après le questionnaire (Tableau 2), les DSC consacrent en moyenne 7,6% de leur temps à l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services. Cependant, ces activités semblent se concentrer dans un petit nombre de DSC. En effet, la majorité des DSC (18) consacrent 5% ou moins de leur temps à cette fonction, tandis que seulement six DSC y consacrent plus de 15%.

La thématique "services de santé" du Tableau 3 correspond à peu près à ce noyau d'activités. Nous avons classifié 11,4% des réalisations décrites par les DSC sous cette thématique. En effet, la plupart de ces fiches descriptives (11 sur 14) concernent l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé. Dans neuf cas, ces réalisations impliquaient l'étude ou l'évaluation de ressources pour les personnes âgées sur le territoire du DSC (CAH, CHSLD, maintien à domicile, etc.) tandis que deux autres concernaient l'évaluation des mesures pour désengorger les urgences. Quant aux trois autres fiches descriptives, apparaissant dans la catégorie "services de santé", une réalisation impliquait la planification des services en psychiatrie; dans un autre cas il s'agissait d'une participation à la planification stratégique d'un centre hospitalier et la dernière réalisation concernait la programmation d'une unité multidisciplinaire en gériatrie dans un hôpital.

À noter que les CRSSS sont impliqués dans près de 65% de ces réalisations (9 sur 14). Le taux de collaboration est très élevé dans ce secteur quand on réalise que les CRSSS sont mentionnés comme collabora-

teurs des DSC dans seulement 11% de l'ensemble des fiches descriptives.

Comme exemple de réalisation dans ce domaine, on peut citer une fiche soumise par un DSC décrivant un projet d'évaluation des différents services de réadaptation pour personnes âgées hospitalisées suite à un traumatisme majeur. L'objectif de cette réalisation est de comparer les effets des différents modes d'organisation et d'utilisation des services de réadaptation sur l'état de santé des personnes âgées. Lors d'une première étape exploratoire, le DSC a effectué une étude des dossiers médicaux et de réadaptation ainsi que des entrevues avec des professionnels responsables des soins et de la réadaptation. Les résultats ont été diffusés dans les milieux intéressés. Une deuxième étape de cette évaluation prévoit le suivi d'une cohorte de personnes âgées, de leur admission à l'hôpital jusqu'à la fin de leur réadaptation active et quelques mois après le retour à domicile.

3.6 Dispensation directe de services et autres programmes spéciaux

Avec le transfert des effectifs de première ligne vers les CLSC, les DSC se sont retirés en grande partie de la dispensation directe de services. Tandis qu'en 1983 la dispensation de services comptait encore pour près de 40% des efforts des DSC[1], le Tableau 2 indique que ces activités ne représentent aujourd'hui que 5% de leurs efforts. En effet, notre questionnaire a recensé seulement quelques cas où des DSC gèrent encore des équipes de première ligne qui, pour des raisons bien spécifiques, n'ont pas été transférées aux CLSC. Il s'agit d'une équipe de santé scolaire pour les CEGEP anglophones de Montréal, une équipe de soins à domicile ainsi qu'une équipe de médecins liée à l'implantation d'un CLSC. Nous pouvons également noter le cas de quatre DSC qui, en plus de leur équipe de base en santé au travail, gèrent des équipes de programmes que l'on trouve ordinairement dans un CLSC.

---

1 Champagne, F. et Pineault, R., 1986, op. cit., p. 128.

En plus de quelques services de première ligne qui n'ont pas été transférés aux CLSC, le réseau des DSC offre un certain nombre de programmes spéciaux qui répondent généralement à des besoins spécifiques sur le plan régional ou provincial. Ces programmes spéciaux correspondent, pour la plupart, à la catégorie "autre" du Tableau 2 et représentent ainsi environ 7,7% des efforts totaux des DSC. Nous avons dénombré onze programmes de ce genre à l'intérieur du réseau des 32 DSC: une clinique de planning, deux contrats de services avec des CSS pour évaluer l'état de santé des enfants en protection, le module du Nord-Québécois (santé des Cris), le projet Nord (santé des Inuit), deux programmes de santé des fonctionnaires (un à Québec et l'autre à Montréal), le laboratoire mobile en santé au travail, un programme régional en audiologie ainsi qu'un programme régional Santé-Accueil pour les réfugiés. Nous incluons également dans cette catégorie la Boutique Santé 2000.

Nos données nous permettent de constater qu'aujourd'hui les DSC consacrent la grande majorité de leurs efforts à des activités en protection, prévention et promotion de la santé; la dispensation de services ou d'autres programmes spéciaux ne représente qu'environ 10% de l'ensemble de leurs activités autres que la santé et sécurité au travail.

3.7 La recherche dans les DSC

La recherche est une activité très importante pour les DSC. D'après les enquêtes Forum, la recherche représente l'activité principale de plus de 30% des dossiers recensés. Il s'agit surtout ici d'activités liées à la connaissance et la surveillance, mais également d'autres activités liées à la conception ou à l'évaluation de programmes. Ces différentes activités de recherche sont jugées nécessaires à l'accomplissement de l'ensemble des mandats et fonctions des DSC, pour "permettre aux DSC et au système de santé de définir leurs priorités, d'explorer des problématiques nouvelles, d'étudier les comportements et les

croyances en matière de santé, de circonscrire des risques de toute nature, d'évaluer leurs programmes et services ainsi que ceux des partenaires, ..."[1] À cet égard, la recherche ne constitue pas une fin en soi pour les DSC mais représente essentiellement un outil pour réaliser leurs mandats. Pour cette raison, nous n'avons pas considéré la recherche comme un noyau séparé dans notre présentation des activités des DSC.

Cependant, il est possible de faire une distinction entre les diverses activités de recherche effectuées par tous les DSC dans l'accomplissement de leurs mandats et la présence, dans certains DSC, de projets de recherche d'envergure, composés d'un ensemble cohérent d'activités de recherche en rapport avec une problématique donnée. En effet, ce n'est que dans une minorité des DSC que l'on retrouve des équipes de recherche de taille suffisante pour permettre le développement de projets de recherche d'une complexité méthodologique suffisante pour répondre aux critères des organismes subventionnaires de la recherche.

Le Tableau 4 indique qu'une majorité de DSC (19) disposent de trois postes ou moins en recherche tandis que seulement six DSC ont plus de cinq postes associés à cette activité.[2] Ce portrait concorde avec d'autres analyses qui ont constaté la concentration des travaux de recherche dans un nombre limité de DSC. Par exemple, entre 1980-84, plus de la moitié des travaux de recherche dans l'ensemble des DSC ont été effectués par sept DSC dont cinq avaient une affiliation universi-

---

1 La recherche en santé communautaire: les DSC, un lieu privilégié, document présenté au Comité de coordination en santé communautaire par le groupe de travail ad hoc, août 1987, p. 8.

2 N.B.: Ces postes ont été associés à la recherche non pas à partir d'une définition de tâches, mais uniquement en fonction du titre du poste.

TABLEAU 4

NOMBRE DE POSTES DE RECHERCHE EN ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN PAR DSC*

NOMBRE DE POSTES	NOMBRE DE DSC
0 - 1	4
2 - 3	15
4 - 5	8
6 - 9	3
10 & +	2

MOYENNE : 3,8 PAR DSC

MINIMUM : 0
MAXIMUM : 11

* SOURCE: Questionnaire aux 32 DSC. Ces chiffres sont approximatifs, étant basés sur les titres des postes (ex.: responsables de la recherche, agents de recherche, conseillers en recherche et planification, techniciens en recherche) et non pas sur une description des tâches.

taire.[1] En effet, l'affiliation à un centre d'enseignement universitaire et la localisation en milieu urbain semblent constituer un avantage pour un DSC sur le plan de la recherche à cause de l'accès qu'elles donnent aux consultants, stagiaires et autres ressources. À cet égard, nos données indiquent qu'en 1986-87, les subventions aux DSC venant d'organismes de recherche de type universitaire (FCAR, CQRS, FRSQ, PNDRS) se répartissent entre huit DSC dont six ont une affiliation universitaire.

4. TENDANCES RÉCENTES DANS L'ACTION DES DSC ET LIENS AVEC LE CADRE DE RÉFÉRENCE

4.1 Évolution des champs d'intervention

Nous pouvons détecter certaines tendances par rapport à l'action des DSC à l'intérieur des différents noyaux d'activités que nous venons de présenter.

D'abord, il semble que l'importance des activités en protection de la santé publique soit en voie d'augmentation. Nous avons déjà vu qu'en 1986, plus de 17% des dossiers répertoriés par l'Enquête Forum étaient classifiés sous ce thème tandis qu'en 1987 le pourcentage atteint 22%. Cette hausse apparaît en grande partie due à l'intensification des efforts dans les DSC contre les maladies transmises sexuellement et le S.I.D.A.

---

1 D. Roberge et R. Pineault, Définition et orientations et la recherche dans le département de santé communautaire, Rapport Final, Août 1986, et P. Boyle, "La recherche en santé dans les organismes du réseau des Affaires sociales au Québec", La recherche évaluative en santé au Québec: Concepts et Réalisations, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1985.

Quant à la santé environnementale, en 1978, le rapport GRAM Inc. a fait état de l'absence presque totale des DSC dans ce domaine.[1] Nous avons pu constater, de notre côté, que cette thématique fait maintenant clairement partie des activités des DSC.

En ce qui concerne les autres programmes d'intervention en prévention et promotion, nos données indiquent que les thématiques des accidents et traumatismes, des habitudes de vie, et des maladies cardio-vasculaires semblent augmenter en importance pour les DSC.

Par contre, il semble y avoir une certaine décroissance dans les thématiques (périnatalité, famille-enfance, nutrition et santé dentaire) qui réflètent des domaines plus traditionnels d'intervention dans les DSC. Il est possible que ces thématiques traditionnelles soient abordées différemment dans le cadre de la nouvelle approche par problèmes de santé.

Par exemple, la santé mentale, qui ne faisait pas partie des champs d'intervention originaux hérités des anciennes unités sanitaires, semble avoir pris une place importante dans les activités des DSC au cours des années. D'après nos diverses sources de données, les problèmes spécifiques le plus souvent abordés sont le suicide et le phénomène de la violence familiale. L'importance de la santé mentale dans les DSC reflète, en partie, cette tendance de réorienter l'intervention à l'égard de certaines clientèles traditionnelles (enfants, familles, jeunes) autour d'un certain nombre de problèmes et de besoins spécifiques.

Les subventions en santé communautaire du Ministère nous fournissent une confirmation de ces tendances. En 1984-85, les projets dans les domaines de la santé dentaire, de la santé des jeunes, de la santé maternelle et infantile et de la nutrition constituaient 28% de l'en-

1 Bilan et prospective de la santé communautaire au Québec, op. cit., p. 106.

semble des projets. Ces domaines traditionnels de programmation ont diminué en importance pour ne représenter, en 1986-87, que 8% de l'ensemble des projets subventionnés. Dans la même période, les projets portant sur la santé mentale, les accidents, les habitudes de vie et les maladies cardio-vasculaires ont vu leur part du total augmenter de 19,9% à 33,4% des projets subventionnés (voir le tableau 3 à l'Annexe C).

En résumé, nous constatons une diversification des différentes thématiques abordées par les DSC dans le cadre de leurs activités de prévention et de promotion. Il semble qu'une variété de nouvelles thématiques (santé mentale, traumatismes, habitudes de vie, maladies cardio-vasculaires, etc.) commencent à prendre une place importante à côté des thématiques traditionnelles liées aux services de santé communautaire de première ligne. Ces nouvelles thématiques semblent davantage liées à des problèmes et objectifs de santé spécifiques comparées aux thématiques traditionnelles qui s'adressaient plutôt à des clientèles générales identifiées a priori.

Qui plus est, nous pouvons constater une tendance à mieux établir les priorités des interventions par rapport aux thématiques plus traditionnelles. Par exemple, une bonne majorité (10 sur 15) des réalisations en périnatalité et en famille-enfance faisant l'objet d'une fiche descriptive ont visé soit une population à risque (familles de milieu défavorisé), soit un objectif de santé spécifique (réduction des naissances de moins de 2 500 grammes).

L'ensemble des activités des DSC en prévention et promotion semblent donc refléter de plus en plus des problématiques spécifiques et des objectifs de santé mieux circonscrits.

4.2 Diversification des partenaires des DSC

À partir de nos données, nous pouvons faire quelques constats additionnels concernant l'évolution de l'action des DSC. D'abord, il semble y avoir une diversification des partenaires des DSC.

Le Tableau 5 présente un portrait de l'implication de divers partenaires dans les réalisations des DSC. Pour constituer ce tableau, nous avons employé une définition assez large du partenaire; il s'agit d'un groupe ou d'un organisme présent dans le dossier comme initiateur, collaborateur ou récipiendaire du produit de la réalisation. Ainsi, on ne peut pas préciser le type ni le degré de collaboration de chacun des partenaires mentionnés, mais il est possible de comparer, de façon générale, la fréquence d'implication des différents partenaires dans les activités des DSC.

Il faut remarquer d'abord que presque toutes les fiches descriptives ont fait mention de la participation de groupes ou d'organismes extérieurs (120 des 128 réalisations).

Selon ce tableau, les établissements du réseau, et surtout les CLSC, apparaissent dans leur ensemble comme les collaborateurs les plus fréquents des DSC. La présence de partenaires provenant d'autres secteurs d'activités tels que l'environnement, l'éducation, le transport, les gouvernements municipaux, etc., est néanmoins importante: plus d'un tiers (36%) des fiches descriptives font mention de tels partenaires extérieurs au réseau socio-sanitaire. Ici, on note, en particulier, l'implication d'organismes du milieu et de la population. Il semble donc que les collaborateurs et partenaires potentiels des DSC sont devenus de plus en plus variés. Ce portrait semble confirmer le tendance des DSC à travailler de façon "intersectorielle" et à susciter davantage la participation de la population.

TABLEAU 5

PARTICIPATION DES PARTENAIRES AUX 128 DOSSIERS DES DSC[1]

PARTENAIRES	NOMBRE DE DOSSIERS AVEC MENTION DE PARTICIPATION	% DES 128 DOSSIERS FAISANT MENTION DU PARTENAIRE
RÉSEAU SOCIO-SANITAIRE		
- Un ou plusieurs CLSC	66	51,6
- Un ou plusieurs autres DSC	38	29,7
- CH ou CA	32	25,0
- Comité et groupe de travail ou de concertation (du secteur de la santé)	25	19,5
- CSS	18	14,1
- Comité régional ou provincial des DSC	16	12,5
- MSSS	14	10,9
- CRSSS[2]	13	10,8
- Médecins en cabinet privé	13	10,2
SOUS TOTAL	235	
AUTRES SECTEURS		
- Organismes du milieu et population	31	24,2
- Milieu scolaire	22	17,2
- Ministères provinciaux (autres que le MSSS)	22	17,2
- Comité et groupe de travail ou de concertation (multisectoriel)	14	10,9
- Ministères fédéraux	10	7,8
- Municipalités	10	7,8
- Corps policiers	7	5,5
- Université	7	5,5
- Autres	8	6,3
SOUS TOTAL	131	
TOTAL	366	

1 Source: Fiches descriptives fournies par les 32 DSC.
2 Sont exclus les huit dossiers soumis parles deux CRSSS-DSC, la collaboration du CRSSS étant présente par définition. Dans ce cas le pourcentage a été calculé sur 120 et non 128 dossiers.
N.B.: Un dossier peut mentionner plusieurs partenaires; c'est ce qui explique le total de 366.

Les CLSC demeurent les partenaires les plus importants des DSC. Cependant, cette collaboration ne semble plus se concentrer autour de la programmation des services de santé communautaire de première ligne, mais s'étend à l'ensemble des thématiques sur lesquelles travaillent les DSC. Par exemple, les CLSC étaient nommés comme partenaires dans 57% des fiches descriptives en périnatalité et en famille-enfance, mais ils étaient également présents dans 46% des fiches concernant les traumatismes routiers, les habitudes de vie, les maladies cardio-vasculaires et la santé mentale.

En ce qui concerne les CRSSS, on ne mentionne leur présence comme partenaires que dans 11% des réalisations décrites dans les fiches exclusion faite des fiches soumises par les deux DSC rattachés à des CRSSS. Comme on l'a dit, c'est dans les activités d'évaluation de l'organisation et de fonctionnement des services que cette présence est la plus fréquente. Il est impossible cependant d'évaluer, à partir de nos données, la collaboration indirecte entre les CRSSS et les DSC via des comités ou tables de concertation.

4.3 Liens avec l'évolution des mandats et cadres de référence des DSC

Nous avons déjà constaté que le travail des DSC a été beaucoup influencé par l'héritage des unités sanitaires et le mandat temporaire de suppléer au manque de CLSC. Lors des premières années, les DSC travaillaient surtout dans les domaines de la santé scolaire, la santé maternelle et infantile, la santé dentaire, la nutrition et les soins à domicile. Ces programmes s'orientaient autour de clientèles-cibles à desservir plutôt qu'autour de problèmes de santé clairement identifiés.

Avec le transfert des effectifs de première ligne, les DSC ont réorienté leurs efforts vers leurs fonctions et leurs mandats originaux. Dans ce nouveau contexte, la fonction de connaissance et de surveillance des problèmes et des besoins en santé semble occuper une place

plus centrale dans les activités des DSC, en correspondance avec les efforts de ceux-ci pour orienter leur action sur des problématiques prioritaires et des objectifs mieux circonscrits. Certes, ce phénomène n'est pas présent de façon égale dans tous les DSC, mais il représente néanmoins une des tendances majeures dans le réseau des DSC à l'heure actuelle.

Nous avons, à cet égard, une indication qu'au moins 25 des 32 DSC seraient à l'heure actuelle assez avancés quant à ce processus de priorisation. Dans son État de la situation de décembre 1986, le groupe de travail sur la détermination des priorités dans le réseau de la santé communautaire nous donne le portrait suivant:

> "Sur ces 32 DSC, onze DSC ont arrêté les priorités sur lesquelles ils travailleront pour les années qui viennent. Quatorze autres DSC sont engagés dans la priorisation, leur bilan est terminé et ils prévoient, en général atteindre cette étape, à l'hiver ou au printemps 1987. Deux DSC en sont au bilan (profil socio-sanitaire et choix des données qu'ils utilisent pour la priorisation). Finalement, quatre DSC amorcent l'opération (discussions sur les concepts et sur la façon de s'y prendre pour faire vivre le processus)".1

Nos données ont également indiqué que les DSC, pour pouvoir agir sur certains déterminants dont la santé est tributaire, semblent recourir de plus en plus à une approche intersectorielle. Tout en reconnaissant l'importance des liens établis avec le réseau, les DSC cherchent donc aussi à développer des partenariats avec des organismes extérieurs au secteur de la santé dont l'activité a une influence sur les conditions de vie et sur les déterminants de la santé. Il s'agit ici d'établir des liens avec les différents secteurs et palliers gouvernementaux mais également avec la population et les organismes du milieu.

---

1 La détermination des priorités dans le réseau de la santé communautaire, document présenté au Comité de coordination de la santé communautaire, le 3 décembre 1986, pp. 6-7.

En somme, nos données indiquent que le réseau de DSC tend à s'aligner sur le cadre de référence exposé au Chapitre 2. En particulier, on note qu'une approche par problématique de santé est en train de remplacer l'ancienne approche par clientèles générales; les DSC semblent travailler de plus en plus à partir d'objectifs de santé pour intervenir davantage sur les déterminants de la santé. On note également une diversification des partenaires des DSC qui semble liée à l'adoption d'une approche intersectorielle et à une plus grande participation de la population.

5. VARIATIONS ENTRE LES DSC

Suite à notre portrait général des activités de l'ensemble des DSC, il est évidemment important de noter les variations qui peuvent exister dans le réseau.

5.1 Connaissance et surveillance de l'état de santé

D'abord, nous pouvons remarquer une certaine variation quant à l'importance accordée par les différents DSC à la connaissance et la surveillance de l'état de santé. Le Tableau 6 donne la distribution pour les 32 DSC du pourcentage du temps qu'ils consacrent à cette fonction.

En moyenne, les DSC accordent 22% de leur temps à cette fonction. Le pourcentage minimum accordé par un DSC était inférieur à 10% tandis que le maximum dépasse 50%. Cette grande variation est peut-être due, en partie, aux différences d'interprétation de la question, mais elle est certainement liée aussi à des différences réelles de l'importance de cette fonction dans les DSC du réseau.

Or, compte tenu de ces fortes variations dans le temps consacré à la connaissance et à la surveillance par les différents DSC, on peut s'in-

TABLEAU 6

"POURCENTAGE DU TEMPS" CONSACRÉS PAR LES DSC
À LA FONCTION DE CONNAISSANCE ET DE
SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ*

POURCENTAGE DU TEMPS	NOMBRE DE DSC
Moins de 10%	5
Entre 10 et 19,9%	9
Entre 20 et 29,9%	7
Entre 30 et 39,9%	9
40% et plus	2
TOTAL	32

SOURCE: Questionnaire aux 32 DSC; estimés fournis par les chefs de DSC, la question posée étant, "Pour l'année financière 1986-87, à part des activités en santé au travail, pourriez-vous nous indiquer le pourcentage du temps que le DSC a consacré à chacune des fonctions suivantes".

terroger sur la capacité de tous les DSC d'effectuer l'ensemble des activités, souvent très complexes, requises par cette fonction. Par exemple, certaines activités liées à cette fonction, telles que la compilation et le traitement de grands fichiers de données, semblent mieux effectuées à un niveau plus central.

Face à ces questions, le Comité provincial de monitoring que les DSC se sont donné a tenté de coordonner les efforts des DSC en favorisant le partage de l'expertise entre DSC dans le domaine de la connaissance et de la surveillance. On doit noter, en particulier, la tenue d'un colloque provincial à ce sujet en mars 1987 et la publication du Répertoire des réalisations des Départements de santé communautaire en regard de la connaissance et de la surveillance de l'état de santé de la population. La participation des DSC à l'Enquête Santé dentaire et à l'Enquête Santé Québec démontre également l'utilité d'une coordination centrale de certains aspects de connaissance et surveillance de l'état de la santé de la population.

À cet égard, le groupe de travail constate qu'il existe pour les DSC des problèmes quant à l'accès aux grandes banques centrales de données. Ce problème a été également soulevé par plusieurs DSC sur leurs fiches descriptives. Une amélioration de cette situation de même qu'une meilleure coordination entraîneraient une réduction des duplications et permettraient une plus grande concentration de chacun des DSC sur l'adaptation des données au contexte local et sur la diffusion des données pertinentes à la prise de décision par les DSC et leurs différents partenaires.

5.2 Protection de la santé publique

Nous pouvons également remarquer une certaine variation quant à l'importance accordée au contrôle des maladies infectieuses par les différents DSC. Le Tableau 7 présente la distribution du nombre d'employés affectés spécifiquement à cette fonction dans les 32 DSC. L'effectif

TABLEAU 7

NOMBRE D'EMPLOYÉS AFFECTÉS AU CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES DSC*

NOMBRE D'EMPLOYÉS	NOMBRE DE DSC
1 - 1.49	6
1.5 - 1.9	5
2 - 2.9	6
3 - 3.9	2
4 - 4.9	2
5 - 6.9	8
7 et plus	3
TOTAL	32

* Source: Questionnaire aux 32 DSC.

moyen des équipes en maladies infectieuses pour l'ensemble des DSC est de 3,7 employés à temps plein, la taille des équipes variant d'un minimum d'une personne à un maximum de treize (voir Tableau 1 de l'Annexe C).

Cette variation suit, en partie, l'importance de certaines variables telles que la population que chaque DSC doit couvrir, son budget et ses effectifs professionnels totaux. Par exemple, les six DSC qui desservent les populations les plus petites (moins de 125 000 de population) sont également les six DSC avec les équipes les plus petites en maladies infectieuses (moins de 1,50 postes) (voir Tableau 1 à l'Annexe C). Le portrait général qui se dégage de ces données est le suivant: les petits DSC semblent contraints de n'accorder qu'un minimum de ressources humaines au contrôle des maladies infectieuses tandis que chez les DSC de moyenne ou de grande taille, on observe des variations importantes. Ces dernières semblent liées au fait que des DSC affecteraient un minimum de personnel à cette fonction, tandis que d'autres de la même taille y accorderaient beaucoup plus d'importance. De plus, certains DSC semblent avoir développé des expertises particulières dans ce domaine.

Ces données semblent démontrer que la couverture en ce qui concerne les maladies infectieuses est inégale selon les différentes régions et sous-régions et qu'il n'existe pas d'équipe de base standard que l'on peut trouver partout.

Nous avons déjà noté que 30 des 32 DSC travaillent actuellement en santé environnementale. Sans savoir s'il s'agit de personnel à temps plein ou à temps partiel, on compte un total de 72 intervenants et intervenantes en santé environnementale dans le réseau des DSC pour une moyenne de 2,25 par DSC. Dans la majorité des DSC, il y a une ou deux personnes associées à ce champ d'intervention. Deux DSC (l'un de la région 03 et l'autre de la région 06a) se distinguent cependant avec des équipes de 7 et 6 personnes en santé environnementale. Il s'agit

de deux DSC qui jouent un rôle au niveau régional ou provincial dans ce secteur.

La couverture offerte par le réseau des DSC face aux problèmes environnementaux semble moins complète et moins uniforme que dans le cas des maladies infectieuses. En effet, il existe des endroits où il n'y a pas ou très peu d'activités en santé environnementale tandis que dans certains DSC, il semble y avoir un fort intérêt, voire même une spécialisation dans ce domaine.

Il faut noter ici que l'implication croissante des DSC dans le domaine de la santé environnementale s'effectue sans budget de développement particulier. Les DSC sont en période de développement de leur expertise dans ce domaine, qui risque, dans les années à venir, de devenir un secteur de plus en plus important pour la santé publique.

Le groupe de travail n'a pas analysé de façon plus spécifique diverses difficultés qui peuvent exister dans le domaine de la protection de la santé publique. Cependant, en s'appuyant sur plusieurs études et états de situation qui ont été produits à ce sujet depuis 1983,[1] nous pouvons faire un certain nombre de constats:

1° Disparités des ressources et variété des modes de fonctionnement

Les sources consultées font état de variations dans les modes de fonctionnement des DSC, en ce qui concerne l'exercice des fonctions de

---

1 Il s'agit de: Association des hôpitaux du Québec, Avis sur la révision de la loi sur la santé publique, (Commission Rochon), octobre 1987; Bureau régional des maladies infectieuses, Mémoire sur la lutte contre les maladies infectieuses au Québec (Commission Rochon), mai 1986; Jean Robert, Rapport sur la protection de la santé publique au Québec, janvier 1985; Jacques Ringuet, État de situation de l'organisation des services de santé publique dans la région 03: rapport préliminaire, février 1985; Jean-Guy Bonnier, "Conférence-Carrousel sur les maladies infectieuses", Pour une Mission en santé, décembre 1983.

santé publique. Elles parlent de disparité dans les ressources affectées à cette fonction, ce que le groupe de travail a aussi constaté. Elles reconnaissent des raisons historiques à ces disparités, en particulier la façon non uniforme selon laquelle les effectifs ont été transférés dans les CLSC.

2° Imprécision des rôles des différents partenaires

La loi donne la responsabilité de la surveillance et du contrôle des maladies infectieuses aux chefs de DSC. Cependant, plusieurs groupes sont impliqués dans la mise en oeuvre des activités et des programmes dans ce secteur, notamment les CLSC qui sont à la base des programmes d'immunisation, les médecins omnipraticiens et les pédiatres.

Les différentes sources consultées notent des imprécisions qui existent par rapport aux rôles et aux responsabilités respectifs des DSC et CLSC dans le contrôle des maladies infectieuses, rôles et responsabilités qui n'auraient pas été précisés de façon suffisante lors du transfert des effectifs. On peut noter, en particulier, les activités liées à l'évaluation de la couverture vaccinale ainsi que les enquêtes épidémiologiques par rapport aux maladies à déclaration obligatoire.

3° Besoin d'une plus grande coordination centrale

Le retrait progressif du Ministère du champ du contrôle des maladies infectieuses a eu comme conséquence que les DSC se sont retrouvés isolés, sans cohérence centrale en ce qui concerne les programmes en maladies infectieuses. Ce fait semble avoir renforcé les disparités entre les DSC et avoir contribué à une certaine duplication des tâches. Selon les différentes sources consultées, une meilleure coordination centrale pourrait mettre fin à toutes ces disparités et faire gagner un temps énorme aux équipes de DSC. À cet égard, les efforts du Comité provincial des maladies infectieuses des DSC et du Bureau régional des maladies infectieuses des DSC du Montréal métropolitain semblent avoir contribué à l'amélioration de la situation. Il serait aussi souhaitable que le Ministère intensifie ses efforts de collaboration avec le réseau afin de mieux structurer les interventions dans ce secteur, par exemple par l'établissement d'un certain nombre de programmes-cadres en protection de la santé publique.

4° L'imprécision de la Loi sur la protection de la santé publique

Il existe actuellement, chez les divers intervenants en santé publique, beaucoup d'insatisfactions par rapport à la Loi sur la santé publique. Selon le groupe de travail, une partie des insatisfactions exprimées tiennent à l'absence de programmes-cadres pour opérationnaliser cette loi. Cependant, toutes les sources consultées ont signalé le fait que la Loi sur la protection de la santé publique ne précise pas suffisamment les moyens et pouvoirs mis à la disposition des chefs de DSC pour assumer les mandats que cette loi leur confère. En parallèle aux efforts pour mieux structurer le secteur de la santé publique, il y aura donc lieu de procéder à une révision de la loi.

5° Manque de clarté du rôle des DSC en santé environnementale

Le groupe de travail a pu constater qu'il existe un certain manque de clarté quant au rôle des DSC en ce qui concerne les problèmes environnementaux. Il y aura donc lieu de mieux cerner le rôle spécifique des DSC dans ce champ d'intervention de plus en plus important. D'après le groupe de travail les DSC devraient concentrer leur intervention plus directement autour des effets sur la santé des agents physico-chimiques, par exemple par la surveillance et le suivi des intoxications à déclaration obligatoire et par la fourniture d'une expertise rapide aux autres intervenants (MENVIQ, municipalités, etc.) par rapport à l'impact des différents agresseurs physico-chimiques sur la santé de la population.

5.3 Autres programmes de prévention et de promotion

Comme on l'a vu précédemment, nos données nous ont permis d'identifier les thématiques les plus importantes en prévention et promotion de la santé dans l'ensemble du réseau des DSC. Cependant, il est impossible de dire avec précision combien de DSC travaillent sur chaque thématique et quelle est l'importance qu'ils lui accordent.

Il n'est pas surprenant de trouver une grande variété de thématiques de santé dans les DSC compte tenu du fait que chaque DSC détermine ses priorités à partir des problèmes identifiés sur son territoire et des besoins exprimés par la population et ses partenaires. En effet, à

l'exception de la santé au travail et la protection de la santé publique, il n'y a pas de thématiques de santé spécifiques sur lesquelles tous les DSC doivent travailler.

Par contre, il existe des mécanismes, tels que le conseil de la santé communautaire et les différents comités provinciaux, qui favorisent la concertation du réseau autour de certaines priorités provinciales et la concertation d'activités sur ces priorités. Ces mécanismes feront l'objet du prochain chapitre.

6. CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons présenté un portrait général de l'action des DSC. Malgré les difficultés d'interprétation, nos diverses sources de données nous ont permis d'estimer la répartition des efforts des DSC à l'intérieur de chacun des cinq noyaux d'activités identifiés, la santé au travail mise à part. D'abord, la fonction de connaissance et de surveillance de l'état de la santé de la population semble représenter entre 20 et 25% des efforts des DSC. La protection de la santé publique occupe un autre 20 à 25% tandis que les divers programmes en prévention et promotion semblent occuper autour de 40% des efforts. L'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services n'occupe qu'environ 5% des efforts de l'ensemble des DSC. Enfin, la dispensation de services et de programmes spéciaux occupe le dernier 10% des efforts du réseau.

Nous avons observé certaines variations importantes entre les DSC quant à leur degré d'implication dans l'un ou l'autre des noyaux d'activités que nous avons identifiés, ainsi que dans les thématiques priorisées.

Bien que le groupe de travail ne puisse affirmer que tous et chacun des DSC travaillent à partir du cadre de référence en santé communautaire, nous avons néanmoins constaté une tendance des DSC dans leur ensemble à s'appuyer de plus en plus sur ce cadre de référence.

CHAPITRE IV

L'ACTION DES DSC À L'ÉCHELLE PROVINCIALE ET RÉGIONALE

1. INTRODUCTION

Sur le plan provincial, les 32 centres hospitaliers ayant un département de santé communautaire se regroupent à l'intérieur de la Division de santé communautaire de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). À l'instar d'autres associations d'établissement, celle-ci vise notamment le partage de l'expertise, l'échange d'informations, ainsi que la sauvegarde des intérêts propres au secteur d'activité des organismes membres.

Par ailleurs, dans certaines régions, les DSC se sont concertés soit sur une base permanente dans le cadre d'un regroupement régional, soit sur une base ponctuelle pour mener certains dossiers à l'échelle régionale. Les objectifs de tels regroupements sont de rationaliser et d'optimiser les ressources en évitant les duplications et d'accroître l'efficacité de l'action.

Les prochaines sections de ce chapitre comprendront d'abord une brève description de la structure provinciale des DSC puis un aperçu des activités des DSC dans le cadre des regroupements régionaux, et finalement, un bref examen de certaines questions que peuvent poser cette structure provinciale ou ces regroupements régionaux.

2. LE NIVEAU PROVINCIAL

C'est en octobre 1985 que prirent forme les structures actuelles de l'organisation provinciale des DSC, au sein de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). La mise en place de cette structure provinciale faisait suite à une démarche amorcée par les chefs de DSC en 1981 et poursuivie après le colloque de décembre 1983 "Pour une mission en

santé". Elle voulait répondre aux besoins exprimés par les professionnels des DSC à cette occasion.

La Division de santé communautaire de l'AHQ (voir Figure 2) est formée par l'assemblée générale des 32 directeurs généraux de CH-DSC ainsi que des 32 chefs de DSC. Son comité exécutif est composé de quatre directeurs généraux et trois chefs de DSC. À l'intérieur de la Division, il existe maintenant deux mécanismes participatifs pour tous ceux qui élaborent les contenus de santé communautaire au sein des DSC. D'abord, le Conseil de la santé communautaire (CSC) est composé de 64 personnes, soit les 32 chefs de DSC et 32 professionnels. De son côté, le Comité de coordination de santé communautaire (CCSC) est formé de neuf membres qui sont nommés par l'exécutif de la Division, soit cinq chefs (dont un membre de l'exécutif de la Division), trois professionnels et un directeur général de CH-DSC.[1]

Tel que présenté dans un document de l'AHQ, le Comité de coordination, appuyé par le Conseil de santé communautaire, "fait des recommandations au comité exécutif de la Division dans le but de:

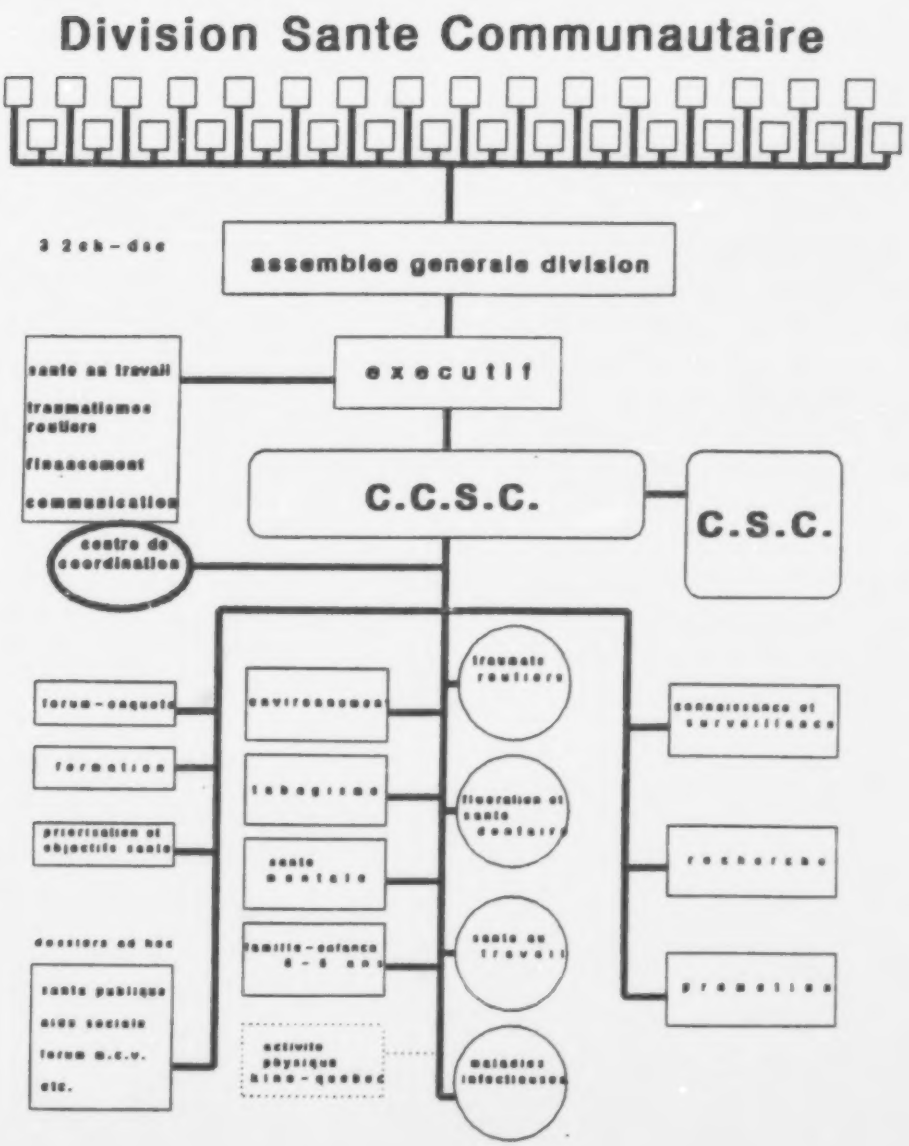
- promouvoir l'approche communautaire dans le système de santé québécois;
- aider les CH-DSC à exercer leur leadership dans la détermination des priorités et dans l'élaboration des politiques de santé au Québec;
- favoriser la coordination et l'évaluation d'actions communes à l'ensemble des CH-DSC;
- assurer la participation des professionnels des CH ayant un département de santé communautaire aux orientations concernant la santé des Québécois;

---

1 Association des hôpitaux du Québec, Le comité de coordination de santé communautaire, son conseil de santé communautaire et ses sous-comités ou groupes de travail, Structures et modes de fonctionnement, Division Santé communautaire, 24 septembre 1987, 9 pages.

FIGURE 2

ORGANIGRAMME DECRIVANT LA DIVISION DE SANTE COMMUNAUTAIRE
AU SEIN DE L'ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUEBEC[1]



1. Source: DSC Information, Vol. 2, no. 9 / le 31 janvier 1986.

N.B.: Certaines parties de cet organigramme se modifient périodiquement en fonction des dossiers prioritaires.

- favoriser une compréhension commune des rôles et des fonctions des CH-DSC dans leur réseau et auprès de leurs partenaires;

- conseiller le comité exécutif de la division et lui fournir l'information nécessaire à la réalisation du mandat spécifique de la division;

- recommander des prises de position sur la nature, les causes et l'importance des principaux problèmes socio-sanitaires qui affectent la population du Québec, de même que sur les solutions ou les interventions à privilégier en regard de ces problèmes;

- favoriser une meilleure circulation de l'information scientifique et professionnelle dans le réseau des CH-DSC;

- favoriser pour les ressources des départements de santé communautaire la formation professionnelle nécessaire à l'atteinte des objectifs des CH-DSC".1

Pour atteindre ces objectifs, le CCSC dispose d'un Centre de coordination aux bureaux de l'AHQ. Ce centre emploie deux professionnels à temps plein et ses dépenses sont défrayées par des contributions volontaires des CH-DSC. Le rôle du centre de coordination est de supporter le CCSC et ses différents comités et groupes de travail dans le développement des outils nécessaires à la réalisation de leurs mandats. Le centre doit également développer la qualité et la quantité des communications inter-DSC et augmenter la présence provinciale des départements de santé communautaire au fur et à mesure que l'action coordonnée des DSC l'exigera.[2]

Parmi les activités du Centre de coordination, on retrouve la publication d'un bulletin bi-mensuel, DSC-information. Ce journal, qui présente des nouvelles concernant les dossiers provinciaux et les autres activités des DSC, est un outil de communication pour les DSC entre eux

---

1 Ibid, p. 3-4.

2 Projet d'orientation 1986-88 du Comité de Coordination de la santé communautaire, CSC 29/30.09.1986, #2.3.1.3, Association des hôpitaux du Québec, 3 p. et Cadre général de la programmation et de la budgétisation 1987 du Comité de coordination de santé communautaire de la Division Santé communautaire, Document de travail, CSC: 29/30.09.86, #2.3.1.3, Association des Hôpitaux du Québec, 4 p.

ainsi qu'avec l'extérieur. DSC-information est actuellement diffusé auprès de tous les employés des DSC, à l'ensemble des CRSSS, CLSC et CSS du réseau, ainsi qu'au Ministère.

Le comité de coordination chapeaute un grand nombre de comités et de groupes de travail. En effet, ce sont ces groupes et comités qui effectuent les activités de concertation et de collaboration autour des différents dossiers et thèmes qui concernent l'ensemble des DSC. Ces comités provinciaux produisent un bon nombre de mémoires, de guides et d'études et ils organisent des activités d'information telles que des colloques et des sessions de formation. Mentionnons, à titre d'exemples, les comités provinciaux sur les traumatismes routiers, sur la santé au travail et sur les maladies infectieuses, le groupe de travail sur la recherche en santé communautaire ainsi que le Comité Forum. La Figure 2 donne un portrait plus complet de ces différents groupes et comités.

La Division de santé communautaire de l'AHQ n'est pas un genre de département de santé communautaire provincial qui serait autonome de son réseau; elle se veut essentiellement un organisme de coordination. Les DSC individuels sont considérés comme demeurant responsables des dossiers en ce qui concerne leur contenu de santé. L'organisation provinciale est un support à la réalisation par les différents DSC des activités de santé communautaire qui leur sont propres.[1] Dans ce sens, la plupart des dossiers et les comités provinciaux sont sous la responsabilité d'un président de comité qui est un professionnel oeuvrant dans un des DSC.

Même s'il ne semble pas être dans l'intention de l'organisation provinciale de spécialiser des DSC dans des domaines spécifiques, certains d'entre eux sont amenés à jouer un rôle de chef de file dans des domai-

---

1 Projet d'orientation 1986-88 du Comité de Coordination de la santé communautaire, op. cit., p. 3.

nes qui demandent des expertises particulières, tout en assumant leurs responsabilités sur leur territoire respectif.

L'organisation provinciale des DSC a également été impliquée dans la réalisation de projets conjoints du Ministère et des DSC. Notons par exemple l'enquête Santé-Québec, l'enquête de santé dentaire, la campagne sur les maladies transmissibles sexuellement, le transfert de modules de Kino-Québec dans les DSC.

3. LE NIVEAU RÉGIONAL

Dans plusieurs régions socio-sanitaires, les DSC se sont concertés pour partager leurs ressources, soit sur une base ponctuelle, soit sur une base plus permanente. On a assisté à la formation d'équipes de travail pour élaborer des priorités régionales ou des prises de position communes. On a également effectué des projets d'intervention ou de recherche en commun et même délégué à une équipe des parties de mandats de plusieurs DSC.

Les huit DSC de Montréal métropolitain par exemple, ont formé un regroupement régional qui dispose d'un bureau permanent avec un employé pour coordonner leurs activités. Le regroupement a également mis sur pied un Bureau régional de santé environnementale ainsi qu'un Bureau régional de maladies infectieuses. Ces bureaux s'acquittent de certaines fonctions de surveillance et de protection de la santé publique pour l'ensemble des DSC de la région métropolitaine.

Il existe d'autres regroupements régionaux de DSC, dans la région de Québec par exemple, mais dans ces régions, on n'a pas cru nécessaire de se donner une structure avec des locaux permanents comme à Montréal. On préfère généralement fonctionner dans le cadre de réunions périodiques.

De plus, il existe de nombreux exemples de coopération régionale sur des dossiers spécifiques. On pense aux activités de prévention des traumatismes routiers dans la région de la Montérégie et aux profils socio-sanitaires effectués par un DSC pour l'ensemble d'une région (02 et 04).

4. QUELQUES QUESTIONS À L'ÉGARD DE L'ACTION DES DSC AUX NIVEAUX PROVINCIAL ET RÉGIONAL

Même si le groupe de travail reconnaît la contribution de l'organisation provinciale des DSC dans l'impulsion actuelle que connaît la santé communautaire au Québec et la pertinence des regroupements régionaux de DSC, il lui apparaît important de soulever certaines questions liées aux rôles de ces organisations ou regroupements par rapport à ceux du Ministère et des Conseils régionaux.

À plusieurs reprises en effet, au cours de ses discussions, le groupe de travail a pu constater la présence d'une difficulté majeure d'articulation de l'action des DSC aux niveaux régional et provincial avec celle des CRSSS et celle du Ministère.

4.1 L'action provinciale des DSC et celle du Ministère

Tant par divers faits portés à sa connaissance qu'à partir de ses propres discussions sur les relations entre les DSC et le ministère de la Santé et des Services sociaux, le groupe de travail a pu constater que l'action intersectorielle inhérente à l'approche actuelle en santé communautaire est susceptible de générer, dans certains cas, des situations de tension entre les DSC et le Ministère, à moins que des efforts particuliers ne soient consacrés à la prévention de telles situations.

Le fait est qu'une partie importante de l'action des DSC vise ou atteint des collectivités de divers niveaux, allant jusqu'au niveau provincial le cas échéant, collectivités à l'égard desquelles plusieurs autres acteurs, dont le MSSS, ont des responsabilités propres, aux plans administratif ou politique. Il est des cas où les interventions des DSC, à cause de leur visée ou leur portée provinciale, peuvent être perçues, à moins qu'elles n'aient fait l'objet d'ententes préalables avec le Ministère, comme incompatibles ou questionnables eu égard à certaines orientations ou prérogatives ministérielles ou gouvernementales. Celui-ci a, en effet, à rendre compte des orientations, coûts et résultats des programmes à caractère provincial dont l'application se fait via divers établissements ou organismes du réseau.

Le groupe de travail estime que le risque de telles situations génératrices de tensions est plus grand encore dans le domaine de la santé communautaire que dans celui de la dispensation des services de santé traditionnels. Il lui apparaît que la minimisation de ce risque appelle des efforts particuliers et intenses de recherche de cohérence dans les actions conjuguées des DSC et du Ministère pour l'atteinte des objectifs de santé priorisés.

4.2 L'action régionale des DSC et le rôle des CRSSS

L'existence de regroupements régionaux de DSC ou la concertation de ceux-ci sur une base régionale vise à améliorer le fonctionnement de chacun des DSC, à éliminer les dédoublements inutiles, à développer des expertises particulières et à générer des actions plus efficaces à l'échelle régionale.

Malgré cette tendance des DSC à se regrouper au niveau régional, nous avons constaté dans le cadre de cette étude qu'il existe peu de collaboration entre les DSC et les CRSSS (voir Tableau 5, p. 47). Comment expliquer ce faible niveau de collaboration quand l'article 74 du

règlement sur l'organisation et l'administration des établissements qui définit le mandat des DSC rappelle que c'est "en tenant compte des priorités établies par le conseil régional" que le chef du DSC doit exécuter son mandat? Cette collaboration entre les deux organismes est également indiquée dans la modification récente de ce même article qui donne aux DSC le mandat d'évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé "en collaboration avec le conseil régional" et "en tenant compte des objectifs de santé déterminés au niveau du territoire du conseil régional".

Premièrement, il semble difficile, à partir du libellé des règlements, d'établir clairement quels doivent être les liens entre les travaux des DSC d'une part, notamment en ce qui concerne l'établissement du profil socio-sanitaire et l'identification des problèmes, et d'autre part, le rôle du CRSSS. Les règlements stipulent que ces travaux doivent être faits "en tenant compte des priorités établies par le conseil régional" tandis qu'il semble au groupe de travail que la fonction de "connaissance et surveillance" des DSC devrait contribuer à la détermination de ces mêmes priorités, particulièrement celles correspondant à des objectifs de santé dont l'atteinte est liée à la planification et à l'organisation des services.

Deuxièmement, le mandat des DSC d'évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé sur son territoire semble également créer de la confusion. Ce mandat est interprété, dans certains cas, comme un mandat d'évaluation des services de santé comme tels, plutôt que comme un mandat d'évaluation de l'impact de l'organisation et du fonctionnement de ces services en tant qu'un des déterminants de la santé de la population. En l'absence d'objectifs de santé clairement déterminés par les conseils régionaux, certains DSC sont peut-être réticents à collaborer à des travaux d'étude et d'évaluation de services qui pourraient monopoliser beaucoup de leurs ressources et rendre difficile la réalisation de leurs autres mandats en prévention, protection et promotion de la santé.

Il semble au groupe de travail que deux voies de collaboration pourraient être rapidement établies entre les CRSSS et les DSC (que ce soit les DSC individuellement ou par le biais de leur regroupement régional, le cas échéant). Une première voie serait de faire en sorte que les travaux des DSC dans le domaine de la connaissance et de la surveillance de l'état de santé de la population servent d'input aux CRSSS pour ses activités de planification, de détermination des priorités et d'organisation des services. La seconde voie serait de prendre les moyens nécessaires pour que dans le domaine de l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé, les CRSSS et les DSC établissent conjointement les besoins, voient au développement ou à la constitution d'une expertise régionale et établissent la collaboration nécessaire en fonction d'objectifs régionaux de santé.

Il est intéressant de noter par ailleurs, que malgré la faible collaboration générale entre les CRSSS et les DSC, c'est dans des dossiers d'évaluation des services de santé (notamment dans le domaine des soins aux personnes âgées) que se retrouve le plus souvent la collaboration.

5. CONCLUSION

Pour résumer en quelques traits ce chapitre, rappelons premièrement que le réseau des DSC s'est donné au cours des dernières années une structure à l'échelle provinciale, la Division de la santé communautaire au sein de l'Association des hôpitaux du Québec. Cette structure voulait répondre à un besoin, entre autres, de coordonner les actions communes à l'ensemble des CH-DSC.

En ce qui concerne les rapports entre l'action provinciale du MSSS et celle des DSC ayant une portée provinciale, le groupe de travail estime que des efforts particuliers doivent être consacrés au renforcement de la collaboration et à la recherche de cohérence, pour minimiser le ris-

que de situations génératrices de tension et maximiser l'atteinte des objectifs de santé prioritaires.

Sur le plan régional, l'action concertée des DSC, dans le cadre d'un regroupement ou non, vise principalement une rationalisation, une optimisation des ressources. Elle exprime également le fait que certaines activités visant des objectifs de santé auront un impact plus efficace si elles sont faites à l'échelle régionale.

La difficulté la plus évidente au plan régional est l'absence de collaboration entre les DSC et le CRSSS. Deux voies pourraient s'offrir pour établir cette collaboration: premièrement, l'utilisation par le CRSSS des travaux des DSC notamment dans le domaine de la connaissance et de la surveillance de l'état de santé de la population pour établir des objectifs de santé et déterminer des priorités régionales et deuxièmement, la mise en place d'une procédure entre les DSC et les CRSSS visant à faciliter l'exécution du mandat des DSC dans le domaine de l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé en fonction de ces mêmes objectifs et priorités.

CHAPITRE V

LES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES DES DSC

1. INTRODUCTION

Après avoir analysé les différentes activités des DSC, nous verrons en dernier lieu de quelles ressources ils disposent pour accomplir leurs mandats. Il s'agit en premier lieu des ressources humaines, dont nous donnerons une image générale en ce qui concerne le nombre, les différentes fonctions, les qualifications, les niveaux de formation. En second lieu, nous donnerons un aperçu des ressources financières dont dispose l'ensemble du réseau de DSC.

2. LES RESSOURCES HUMAINES DANS LES DSC

2.1 Nature et fonction du personnel

Pour les fins de cette analyse, les employés des DSC ont été divisés en trois groupes: la santé communautaire regroupe les employés concernés par les mandats et fonctions de base des DSC, la santé au travail désigne les employés concernés par le mandat spécifique effectué dans le cadre des contrats avec la CSST; et les programmes spéciaux, catégorie qui regroupe les employés qui oeuvrent dans le cadre de programmes et services spécifiques offerts par certains DSC.[1]

Le Tableau 8 donne le nombre total d'employés ainsi que l'équivalent en postes à plein temps pour chacun des trois groupes. Au total, il y a actuellement 1 461 personnes qui travaillent dans 1 240 postes équivalents plein temps dans les DSC. La grande majorité de ces postes (66%) se retrouvent en santé communautaire, soit dans le secteur de base des DSC. Dix-huit pour cent (18%) de ces employés oeuvrent dans les équi-

1 Voir Section 3.6 du Chapitre 3.

TABLEAU 8

NOMBRE D'EMPLOYÉS ET LEUR ÉQUIVALENT EN POSTES À PLEIN TEMPS POUR LES TROIS SECTEURS D'ACTIVITÉS DES DSC*

SECTEUR D'ACTIVITÉS	NOMBRE D'EMPLOYÉS	POSTES PLEIN TEMPS	
		N	%
SANTÉ COMMUNAUTAIRE	954	818	66,0
SANTÉ AU TRAVAIL	266	224	18,0
PROGRAMMES SPÉCIAUX	241	198	16,0
TOTAL	1 461	1 240	100,0

* Source: Questionnaire aux 32 DSC.

pes de base en santé au travail. Il est enfin à remarquer qu'environ 16% d'employés sont engagés dans divers programmes spéciaux.

2.2 La composition du personnel

L'examen de la composition du personnel des DSC portera exclusivement sur les deux premiers groupes d'employés analysés précédemment, soit ceux de l'équipe de base en santé communautaire et ceux de la santé au travail. Les employés concernés par les projets spéciaux ne sont donc pas pris en compte. Les 1042 postes à plein temps de ces deux secteurs d'activités recoupent un ensemble assez large de disciplines dans les secteurs des sciences de la santé, des sciences sociales, des sciences fondamentales, de l'administration, de la statistique, des communications, de l'éducation; ils comprennent également une proportion importante de postes de soutien. Si on ne tient pas compte des médecins et des dentistes qui sont dans une situation particulière, compte tenu de leur mode de rémunération, la très grande proportion (90%) de ce personnel est permanent.

Les données que l'on retrouve au Tableau 9 nous permettront d'observer l'aspect général de cet ensemble et nous donneront une idée de l'évolution de la composition des équipes de base depuis 1983, au moment où les DSC ont été amputés du personnel de santé de première ligne.

Mis à part les employés de soutien, qui représentent près de 23% de l'ensemble, les employés de formation médicale (23,1%) et les infirmières (11,6%) dominent de loin dans la composition des ressources humaines des DSC avec plus du tiers (34,7%) des postes. Le deuxième groupe en importance est constitué des employés formés dans les différentes sciences sociales (11%), dont notamment la sociologie pour près de la moitié de ce groupe. Viennent en troisième lieu les professionnels des sciences fondamentales et de l'environnement (8,4%). L'art dentaire, l'hygiène dentaire, la nutrition et d'autres sciences de la santé comptent pour 8% des postes. Les spécialistes de l'administration (3,5%)

TABLEAU 9

RÉPARTITION DES EMPLOYÉS DES DSC SELON LEUR CHAMP DE FORMATION, EN 1983 ET 1987 (POSTES ÉQUIVALENTS PLEIN TEMPS)

CHAMP DE FORMATION	1983[1]		1987[2]	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
MÉDECINE	181	20,3	241	23,1
SCIENCE INFIRMIÈRE	141	15,8	121	11,6
ART DENTAIRE	17	1,9	24	2,3
HYGIÈNE DENTAIRE	6	0,7	2	0,2
NUTRITION	35	3,9	28	2,7
ÉPIDÉMIOLOGIE	10	1,1	19	1,8
AUTRES SCIENCES DE LA SANTÉ[3]	18	2,0	29	2,8
SERVICE SOCIAL	5	0,6	18	1,7
PSYCHOLOGIE	9	1,0	22	2,1
ENVIRONNEMENT ET SCIENCES FONDAMENTALES	70	7,9	88	8,4
SCIENCES SOCIALES[4]	94	10,6	115	11,0
COMMUNICATION	18	2,0	32	3,1
ADMINISTRATION	43	4,8	36	3,5
RELATIONS INDUSTRIELLES	9	1,0	5	0,5
STATISTIQUES ET INFORMATIQUE	6	0,7	13	1,2
SCIENCES DE L'ÉDUCATION	6	0,7	5	0,5
EDUCATION PHYSIQUE	5	0,6	6	0,6
EMPLOYÉS DE SOUTIEN[5]	217	24,4	238	22,8
TOTAL	890	100%	1042	100%

1 Données tirées de l'étude de Pineault et al. (voir Champagne et Pineault, 1987, op. cit., p. 127).

2 Il s'agit ici d'employés de l'équipe de base en santé communautaire et ceux de la santé au travail. Les employés concernés par la dispensation de services ou de programmes spéciaux n'ont pas été pris en compte afin de pouvoir faire la comparaison avec les données de Pineault et al.

3 Notamment: la physiothérapie, l'orthophonie/audiologie, la pharmacie.

4 Notamment: la sociologie, l'anthropologie, les sciences politiques, l'économique, la démographie, la géographie.

5 Notamment: les techniciens en administration, les agents de bureau, les commis, les secrétaires (réceptionnistes, de direction, médicales et autres) et les préposés à l'informatique.

et des communications (3%) sont enfin les deux groupes qui se détachent du reste.

En général, on remarque peu de changement entre 1983 et 1987 en ce qui concerne l'évolution des catégories du personnel dans les équipes de base des DSC. On note cependant une décroissance du personnel infirmier de 15,8% à 11,6% qui est probablement liée au fait que les DSC n'encadrent plus les services de première ligne dispensés surtout par des infirmières. On remarque également que l'importance relative des médecins s'est accrue de 20,3% à 23,1%. Cette augmentation est probablement liée à l'accroissement du nombre de médecins spécialistes en santé communautaire et au mode de paiement des médecins qui a permis un certain développement de ces ressources médicales.

Les professionnels des sciences sociales dans l'ensemble ont connu une légère augmentation. Le nombre d'épidémiologistes a sensiblement augmenté également, ainsi que les spécialistes des communications.

On remarque enfin une légère diminution des employés de soutien, qui sont passés de 24,4% à 22,8%.

2.3 Le niveau de formation

Dans l'ensemble des DSC, le personnel professionnel (Tableau 10), mis à part les médecins, les dentistes et les infirmières, présente un niveau de formation relativement élevé, avec 40,9% de maîtrises. On y retrouve de plus quelques doctorats (2,5%). Les autres ont, soit un baccalauréat (37,6%), soit un diplôme collégial (12,8%). Une faible proportion d'employés (2,3%) ont un certificat de premier cycle comme le diplôme le plus élevé.

La majorité des médecins et dentistes (53,4%) ont uniquement leur formation de base en médecine ou en art dentaire (Tableau 11). Par ailleurs, 15,8% ont, en plus de cette formation de base, un certificat de premier ou deuxième cycle (2,8%) en santé communautaire, une maîtrise

TABLEAU 10

NIVEAU DE FORMATION DES EMPLOYÉS PROFESSIONNELS DES DSC*
(en excluant les médecins, les dentistes, les infirmières et le personnel de soutien)

NIVEAU	N	%
COLLÉGIAL	62	12,8
CERTIFICAT UNIVERSITAIRE	11	2,3
BACCALAURÉAT	182	37,6
MAÎTRISE	198	40,9
DOCTORAT	12	2,5
NON DÉTERMINÉ	19	3,9
TOTAL	484	100,0

* Source: Questionnaire aux 32 DSC; il s'agit ici du nombre réel d'employés et non de postes équivalents plein temps.

TABLEAU 11

CHAMP ET NIVEAU DE FORMATION DES MEDECINS ET DENTISTES TRAVAILLANT DANS LES DSC*

CHAMP ET NIVEAU	N	%
FORMATION DE BASE (MD ET DD) SEULEMENT	212	53,4
• avec certificat de 1er ou 2e cycle en santé communautaire[1]	11	2,8
• avec maîtrise en santé communautaire	29	7,3
• avec doctorat en santé communautaire	3	0,7
• autres formations[2]	20	5,0
FORMATION MEDICALE AVEC SPECIALITE EN SANTE COMMUNAUTAIRE	53	13,4
• avec maîtrise en santé communautaire	19	4,8
• avec doctorat en santé communautaire	2	0,5
• autres formations[3]	4	1,0
AUTRES SPECIALITES MEDICALES[4]	43	10,8
• avec doctorat (autre)	1	0,3
TOTAL	397	100,0

* Source: Questionnaire aux 32 DSC; il s'agit ici du nombre réel de médecins et de dentistes et non de postes équivalents plein temps. Le total est beaucoup supérieur à celui du Tableau 9 dû au grand nombre de médecins qui travaillent à vacation à temps partiel dans les DSC.

1 Incluant: santé communautaire, santé publique, santé au travail, épidémiologie.

2 Certificat: 2, bac: 5, maîtrise: 12 et doctorat: 1.

3. Certificat: 1, maîtrise: 3.

4. Médecine familiale: 3, obstétrique/gynécologie: 2, pédiatrie: 7, psychiatrie: 8, autres: 23.

(7,3%) ou un doctorat (0,7%) en santé communautaire, ou une autre formation (5,0%). De plus, 74 médecins (18,7% de l'ensemble) ont une spécialité en santé communautaire, dont 19 avec une maîtrise et deux avec un doctorat.

En somme, des 397 médecins et dentistes travaillant dans les DSC, 117 soit 29,5% ont une formation en santé communautaire. Cette formation se retrouve au niveau de la spécialité médicale[1] (13,4%), du certificat de premier et deuxième cycle (2,8%), de la maîtrise (12,1%), ou du doctorat (1,3%).

Du côté des infirmières (Tableau 12), on remarque que 23,8% ont une formation en techniques infirmières uniquement tandis que 9% des infirmières ont un certificat universitaire comme diplôme terminal. La majorité des infirmières détiennent un baccalauréat comme formation la plus élevée (51,6%) et le dernier 15,6% ont complété une maîtrise.

2.4 Les variations entre les DSC

Les équipes professionnelles des DSC sont composées de dix à 48 employés (Tableau 13), avec une valeur médiane de 19 et une moyenne de 23. À l'exception des trois plus petits DSC (en termes d'équipe professionnelles) qui ont également les plus petites populations à desservir, il ne semble exister aucune corrélation entre la taille des équipes et la grandeur de la population du territoire (voir Tableau 1 de l'Annexe C).

Il est difficile, à partir des données disponibles, de déterminer la "masse critique" de ressources humaines nécessaires pour qu'un DSC puisse accomplir, de façon optimale, ses principaux mandats. L'accom-

---

1 Il faut noter ici que cette donnée est établie à partir de la déclaration des DSC et qu'elle peut comprendre des médecins qui ont accédé à la spécialité après l'obtention d'une maîtrise, mais qui n'a pas été déclarée dans le questionnaire.

TABLEAU 12

NIVEAU DE FORMATION DES INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES DSC*

NIVEAU	N	%
ETUDES COLLEGIALES EN TECHNIQUES INFIRMIERES[1]	29	23,8
- avec certificat universitaire[1]	11	9,0
BACCALAURÉAT EN SCIENCES INFIRMIERES	49	40,2
- avec certificat universitaire[2]	10	8,2
AUTRES BACCALAUREATS	4	3,3
MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIERES	8	6,6
MAITRISE EN SANTE COMMUNAUTAIRE	7	5,7
AUTRES MAITRISES	4	3,3
TOTAL	122	100,0

* Source: Questionnaire aux 32 DSC; il s'agit ici du nombre réel d'infirmières et non de postes équivalents plein temps.

1. Incluant: formation hospitalière
2. Incluant: santé communautaire, santé au travail, animation et gériatrie.
3. Bacc: arts en lettres (1), sexologie (1) et psychologie (2).
4. Maîtrise: administration publique (3) et science de l'éducation (1).

TABLEAU 13

LES ÉQUIPES PROFESSIONNELLES DES DSC*

NOMBRE D'EMPLOYÉS	N
10-12	3
13-15	4
16-18	6
19-21	5
22-24	2
25-27	3
28-30	4
31-33	-
34-36	-
37-39	3
40-42	-
43-45	-
46-48	2
TOTAL	32

* Source: Questionnaire aux 32 DSC. Il s'agit de postes en équivalent temps plein: tout le personnel du DSC (médecins inclus) à l'exception du personnel de soutien, des équipes de santé au travail et du personnel dispensant encore des services.

plissement de certaines fonctions reliées à ces mandats peut exiger des ressources qui varieront selon la taille de la population à desservir, alors que d'autres en sont tout à fait indépendantes. Par ailleurs, certaines autres fonctions se réaliseraient plus efficacement à l'échelle régionale, interrégionale ou provinciale. C'est ce qu'indique l'orientation actuelle des DSC dans la réalisation de certains mandats.

La masse critique nécessaire doit donc s'évaluer à trois niveaux: le territoire du DSC, la région et l'ensemble du réseau. Au niveau du territoire, il est nécessaire de déterminer la composition et la taille de l'équipe de base requise pour l'accomplissement des fonctions de santé communautaire en regard des caractéristiques de la population du territoire. Par ailleurs, il faut déterminer les fonctions qui peuvent se réaliser plus efficacement (économiquement ou en termes d'impact) à l'échelle régionale ou interrégionale et prévoir les ressources humaines nécessaires, à ces niveaux, pour leur accomplissement.

3. LES RESSOURCES FINANCIÈRES DONT DISPOSENT LES DSC

3.1 Introduction

Bien que le budget de fonctionnement des DSC ne soit plus protégé, les données financières du Ministère n'ont pas encore intégré les composantes "santé communautaire" à l'intérieur des budgets globaux des hôpitaux. En effet, le budget révisé de 1986-87 contient une composante "cadres" et une composante "fonctionnement" pour les 32 DSC.

Par ailleurs, ce budget de fonctionnement des DSC ne constitue pas leur seule ressource financière. À celle-ci, on doit ajouter au moins quatre autres sources directes ou indirectes de financement:

1° les dépenses de la RAMQ en salaires et vacations payés aux médecins et dentistes des DSC (la santé au travail exclue),

2° les argents payés par la CSST pour le fonctionnement des équipes de santé au travail,

3° les remboursements versés par la CSST à la RAMQ pour les médecins en santé au travail,

4° les subventions accordées aux DSC par diverses sources.

3.2 Le budget de fonctionnement des DSC

Le total du budget de fonctionnement des DSC s'élève, en 1986-1987, à 33 430 342$. On peut voir au Tableau 1 en Annexe C la répartition de ce budget pour chacun des 32 DSC. Selon ces chiffres, le budget moyen d'un DSC est un peu plus d'un million de dollars (1 044 698$), et la médiane se situe autour de 786 000$. Cependant, ce budget peut varier beaucoup d'un DSC à l'autre; le plus petit étant de moins d'un demi-million et le plus élevé supérieur à deux millions. Le Tableau 14 présente la distribution des DSC selon l'importance de leur budget.

Grosso modo, il semble exister trois types de DSC, du point de vue du budget: un premier groupe à haut budget (plus de 1,2$ million) comprenant sept DSC, dont six en milieu exclusivement urbain, un deuxième groupe à petit budget (moins de 600 000$) comprenant cinq DSC situés en milieu principalement rural, et en troisième lieu, un ensemble de 20 DSC dont les budgets s'échelonnent entre 600 000$ et 1,1$ million.

TABLEAU 14

RÉPARTITION DES DSC SELON LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT POUR L'ANNÉE 1986-87*

BUDGET EN MILLIERS DE $	NOMBRE DE DE DSC
400 - 499	1
500 - 599	4
600 - 699	7
700 - 799	5
800 - 899	2
900 - 1 199	6
1 200 - 1 499	2
1 500 - 1 999	3
2 000 & +	2
TOTAL	32

* Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

3.3 Les vacations payées par la RAMQ

Les vacations et les salaires payés par la RAMQ aux médecins et dentistes oeuvrant dans un DSC représentent une ressource financière importante pour le réseau des DSC. Cependant, il est impossible de déterminer, à partir des données compilées par la RAMQ, le montant exact de ces paiements. Ainsi, nous présenterons ici un estimé basé sur les listes du personnel fournies par les DSC dans le cadre de notre questionnaire.

Compte tenu du niveau de rémunération des médecins et dentistes, sous forme de salaire ou de vacation payés par la RAMQ, et de la proportion d'omnipraticiens et de spécialistes parmi les médecins et dentistes des DSC, le coût représenté par ces deux groupes d'employés est d'environ 13,4$ millions.

Le Tableau 15 présente le résultat de cette estimation, qui ne porte que sur les médecins et dentistes de l'équipe de base ou des programmes spéciaux. Sont exclus les médecins de santé au travail même lorsque ceux-ci font partie de l'équipe de base ou de programmes spéciaux, ainsi que les chefs des DSC, qui sont payés comme cadres du centre hospitalier.

3.4 Les équipes de santé au travail

La totalité du programme de santé au travail opéré par les DSC est défrayé par la CSST de deux façons: dans le cadre du contrat pour le fonctionnement des équipes de base en santé au travail, et par le remboursement à la RAMQ pour les médecins rattachés à ces équipes de base.

Selon les statistiques de la CSST, en 1986, l'ensemble des DSC a reçu 7 684 000$ pour le fonctionnement des équipes de base en santé au tra-

TABLEAU 15

ESTIMATION DES VACATIONS ET SALAIRES PAYÉS PAR LA RAMQ
AUX MÉDECINS ET DENTISTES OEUVRANT DANS LES DSC,
(LA SANTÉ AU TRAVAIL EXCLUE)
AU 31 MARS 1987*

	ÉQUIPE DE BASE		PROGRAMMES SPÉCIAUX		TOTAL	
	N	$	N	$	N	$
DENTISTES	24	1 404 078	-	-	24	1 404 078
MÉDECINS OMNIPRATICIENS	96	6 479 432	14	889 600	110	7 369 032
MÉDECINS SPÉCIALISTES	56	4 039 552	8	593 152	64	4 632 704
	176	11 923 062	22	1 482 752	198	13 405 814

* Source: Estimés calculés à partir du nombre de médecins et de dentistes en équivalents à temps plein recensés lors du questionnaire aux 32 DSC.

vail. En même temps, la CSST a remboursé 2 662 050$ à la RAMQ pour les services des médecins rattachés à ces équipes de base.

Nous notons également que la CSST a remboursé un montant de 1 030 600$ à l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail pour divers services fournis aux équipes des DSC.[1] Les statistiques de la CSST pour 1986 déclarent aussi des paiements de 10 100$ aux CH-DSC pour des projets spéciaux ainsi que 343 500$ pour des services de santé dans les secteurs non prioritaires.

3.5 Les autres ressources et subventions des DSC

En plus de leurs budgets de fonctionnement, les DSC reçoivent un certain nombre de subventions pour des projets spécifiques d'intervention ou de recherche. En effet, nous disposons de données assez précises quant aux subventions que les DSC reçoivent des trois principaux programmes de subvention du gouvernement du Québec, soit le Programme de subventions en santé communautaire du MSSS, le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ/MSSS) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). À ces trois principales sources s'ajoutent d'autres organismes subventionnaires publics ou privés. Comme on peut le voir au Tableau 16, le total des subventions accordées aux DSC en 1986-1987 s'élève à 3 061 100$.

De l'ensemble des subventions offertes aux DSC, celles provenant du programme du MSSS sont les plus importantes. En effet, ces subventions totalisent à elles seules près de la moitié (44,8%) des subventions accordées aux DSC.

Quant aux subventions venant d'organismes de recherche de type universitaire (FCAR, CQRS, FRSQ, PNRDS), elles constituent environ 10% des subventions totales et se répartissent presqu'entièrement entre cinq

---

1 Cette somme n'est pas incluse dans les ressources financières des DSC.

TABLEAU 16

SUBVENTIONS POUR DES PROJETS SPÉCIFIQUES D'INTERVENTION ET DE RECHERCHE ACCORDÉES AUX DSC EN 1986-1987, SELON LA SOURCE

	$	%
PROGRAMME DE SUBVENTION EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU MSSS	1 372 927	44,8
SUBVENTIONS DE RECHERCHE PROVENANT D'ORGANISMES TELS: FRSQ, CQRS, FCAR, PNRDS*	318 601	10,4
SUBVENTIONS PROVENANT DE DIFFÉRENTS ORGANISMES DU RÉSEAU PUBLIC DE LA SANTÉ (LE MSSS EXCLU)	657 881	21,5
SUBVENTION PROVENANT DE DIVERS MINISTÈRES PROVINCIAUX ET FÉDÉRAUX (LE MSSS ET LE PNRDS EXCLUS)	498 672	16,3
SUBVENTIONS PROVENANT D'ORGANISMES PRIVÉS	213 019	7,0
TOTAL	3 061 100	100,00

* FRSQ: FONDS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC
CQRS: CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE
FCAR: FONDS POUR LA FORMATION DE CHERCHEURS ET L'AIDE À LA RECHERCHE
PNRDS: PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE ET DE DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

DSC. Près des trois-quarts des subventions de cette catégorie proviennent du FRSQ (230 361$ en 1986-1987) qui répartit cette somme moitié pour la recherche et moitié pour la formation. Ce programme particulier pour les DSC atteindra son maximum fixé à 500 000$ en 1987-1988.

Parmi les autres sources de subventions des DSC, on remarque la contribution des différents organismes du réseau public de la santé qui représente 21,5% de l'ensemble. Les subventions provenant de divers organismes privés, tels des entreprises des fondations et des organismes de développement international ne représentent que 7% du total.

La capacité des DSC d'attirer des subventions semble varier sensiblement d'un endroit à l'autre. En effet, deux grands DSC urbains, un à Québec et l'autre à Montréal, reçoivent des subventions beaucoup au-dessus de la moyenne tandis que trois petits DSC ruraux n'ont attiré aucune subvention extérieure. En regardant le Tableau 1 de l'Annexe D, on note également que les cinq DSC qui ont reçu le moins de subventions se trouvent parmi les six DSC avec les populations les plus petites.

4. CONCLUSION

L'ensemble de ces ressources financières, regroupées au Tableau 17, représente un montant total de 60,6$ millions. Près de 11$ millions (17,6%) sont réservés à la santé au travail et le reste, près de 50$ millions, aux autres activités de la santé communautaire en général.

Ce montant de 50$ millions représente environ 0,6% de l'ensemble des dépenses totales de 1986-1987 pour les services de santé et les services sociaux. La rémunération de la profession médicale dans ce secteur d'activités représente pour sa part environ 0,8% des dépenses de la Régie de l'assurance-maladie pour la même année. Le groupe de travail n'a pas estimé de son ressort de porter un jugement sur le caractère

TABLEAU 17

TOTAL DES RESSOURCES FINANCIÈRES DES DSC
(estimation en 1986-1987)

		$
1.	BUDGET DE FONCTIONNEMENT	33 430 342
2.	VACATIONS ET SALAIRES PAYÉS PAR LA RAMQ AUX MÉDECINS ET DENTISTES (SANTÉ AU TRAVAIL EXCLUE)	13 405 814
3a.	FONCTIONNEMENT DES ÉQUIPES DE BASE EN SANTÉ AU TRAVAIL	7 684 000
b.	REMBOURSEMENTS VERSÉS PAR LA CSST À LA RAMQ POUR LES MÉDECINS EN SANTÉ AU TRAVAIL	2 662 050
c.	AUTRES VERSEMENTS DE LA CSST AUX CH-DSC POUR DES PROJETS SPÉCIAUX	354 500
4.	SUBVENTIONS ACCORDÉES AUX DSC PAR DIVERSES SOURCES	3 061 100
	RESSOURCES FINANCIÈRES TOTALES	60 597 806

suffisant, insuffisant ou excessif de ces budgets; ce n'est d'ailleurs qu'à plus ou moins long terme qu'on peut vérifier les effets d'une politique de santé communautaire sur les besoins de services de santé.

Pour assurer le virage de la suppléance des services de première ligne à celui de l'action en promotion de la santé, les DSC ont dû réajuster leur organisation à partir de leurs ressources humaines et financières existantes. En ce qui concerne la détermination actuelle des budgets de chacun des DSC, elle ne semble pas répondre à des critères très précis qui tiendraient compte des mandats de santé communautaire tels que définis aujourd'hui.

Pour assurer le meilleur ajustement possible des ressources aux orientations et priorités actuelles de la santé communautaire, il faudrait réévaluer la structure et la répartition des budgets des DSC. Deux objectifs principaux devraient présider à cette révision: rendre possible pour chaque DSC la constitution d'une équipe qui soit en mesure de réaliser les mandats de base sur chacun des territoires et rendre disponibles pour l'ensemble du secteur de la santé communautaire, à l'échelle régionale et provinciale, selon le cas, les ressources nécessaires pour les activités qui peuvent se réaliser plus efficacement à ces niveaux.

CHAPITRE VI

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. RÉSUMÉ

Le contenu des chapitres qui précèdent se voulait d'abord et avant tout un portrait et une brève analyse des mandats, orientations, activités et ressources des DSC.

Le premier chapitre a présenté le réseau des DSC ainsi que l'historique de leurs mandats et fonctions tels qu'ils apparaissent dans les lois et règlements. Nous avons constaté dans certains de ces mandats légaux un manque de précision qui explique sans doute en partie les différences de perceptions qu'on observe quant au rôle des DSC dans le réseau. Le deuxième chapitre apporte des précisions en présentant le cadre de référence de la santé communautaire, qui semble de plus en plus recueillir l'adhésion des DSC et les orienter dans la réalisation de leurs mandats.

Le troisième chapitre présente les activités des DSC en les regroupant à l'intérieur de six noyaux principaux. D'abord, nous avons présenté quatre noyaux à l'intérieur desquels tous les DSC réalisent certaines activités. Il s'agit de la connaissance et surveillance de l'état de santé de la population, de la protection de la santé publique (maladies infectieuses et santé environnementale), de la santé et sécurité au travail ainsi que d'un noyau regroupant des activités en prévention et en promotion entreprises par rapport à diverses thématiques de santé considérées comme prioritaires. Parmi ces dernières, on retrouve notamment la santé mentale, les accidents et traumatismes, les problèmes reliés à la périnatalité, à la famille et à l'enfance, les habitudes de vie, la nutrition et la santé dentaire.

Les deux autres noyaux d'activités que nous avons identifiés, et dans lesquels un nombre limité de DSC sont impliqués, concernent d'une part, l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé et d'autre part, des programmes spéciaux (comprenant entre autres, quelques services de première ligne).

Deux constats principaux se sont dégagés de notre portrait des activités des DSC. D'abord, nous avons pu constater que les DSC tendent effectivement à s'aligner sur le cadre de référence de la santé communautaire présenté dans le deuxième chapitre. Deuxièmement, nous avons observé quelques variations importantes dans le réseau des DSC quant à la place occupée par différentes thématiques et activités. Ces variations reflètent, en partie, les différentes priorités d'action retenues au niveau des territoires des DSC.

Le quatrième chapitre a décrit les activités et l'organisation des DSC aux niveaux provincial et régional. Nous avons également fait état de certaines sources de difficultés en ce qui concerne les relations entre les DSC d'une part, et les conseils régionaux et le Ministère d'autre part.

Dans le cinquième chapitre, nous avons présenté les ressources humaines et financières dont disposent actuellement les DSC. Ici, nous avons constaté que les 32 DSC se répartissent sur une échelle très étendue pour ce qui est des budgets de fonctionnement ainsi que de la taille des équipes professionnelles. Ces écarts reflètent en partie, mais non seulement, les variations dans la taille des populations desservies.

Dans les sections qui suivent, le groupe de travail formulera un certain nombre de recommandations reliées à ses principaux constats afin de faciliter le passage à l'action suite au présent rapport. Ces recommandations visent principalement à une identification plus claire de ce qui est à faire en santé communautaire dans le cadre des mandats actuels des DSC, de même qu'à la mise en application de certaines mesures pour accroître l'efficacité de l'impact des DSC dans la poursuite d'objectifs de santé en partenariat avec divers autres acteurs.

2. LE CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET LES MANDATS DES DSC

Au moment de la mise sur pied des DSC, le domaine de la santé communautaire commençait à peine à se développer au Québec comme ailleurs. Au fil des années, les orientations de la santé communautaire se sont précisées et on a vu se constituer ce qu'on appelle, dans le présent rapport, le cadre de référence de la santé communautaire. Un consensus de plus en plus grand s'établit autour de ce cadre de référence tant sur le plan international qu'au niveau du Québec. Cette orientation peut se résumer de la façon suivante: l'action dans le domaine de la santé communautaire vise l'atteinte d'objectifs de santé pour une population donnée en agissant sur les principaux déterminants de la santé, par des actions tangibles de promotion, de prévention et de protection, dans un contexte d'intersectorialité, de multidisciplinarité et de participation.

Le groupe de travail a pu constater que le réseau de DSC tend à s'aligner sur ce nouveau cadre de référence. Une approche par problématique de santé est en voie de remplacer l'approche par clientèles associée à l'encadrement des services de première ligne. Les DSC travaillent à partir d'un éventail plus grand de problèmes et d'objectifs de santé et interviennent davantage sur les différents facteurs déterminants de la santé.

Le groupe de travail a également constaté que les DSC, tout en gardant des liens importants avec les établissements du réseau et notamment les CLSC, s'associent à un nombre plus grand et diversifié de partenaires dans la réalisation de leurs mandats.

De façon générale, les DSC sont passés de la programmation des services préventifs de première ligne à l'élaboration et à la mise en oeuvre de programmes de prévention et de promotion qui visent à mobiliser divers acteurs autour des problèmes de santé prioritaires.

Ainsi, l'adhésion progressive des DSC au nouveau cadre de référence en santé communautaire leur a permis d'opérationnaliser des mandats légaux qui ne fournissent qu'un minimum de précision et d'effectuer, en même temps, les ajustements nécessaires suite au transfert des services de première ligne vers les CLSC.

Le groupe de travail est d'avis que, dans son ensemble, le virage effectué par les DSC en rapport avec le cadre de référence s'avère positif. Il estime cependant qu'il est important que le Ministère se prononce par rapport à cette orientation.

PREMIÈRE RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT le cadre de référence de la santé communautaire qui s'est développée au cours des dernières années dans plusieurs pays industrialisés et dont les grands principes semblent faire consensus; CONSIDÉRANT que l'adhésion progressive des DSC à ce cadre de référence influence la façon dont les DSC opérationnalisent leurs mandats; CONSIDÉRANT qu'il est important que le Ministère se prononce sur l'orientation ainsi prise par les DSC et les actions qui en découlent;
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE QUE LE MINISTÈRE ACCEPTE LE CADRE DE REFERENCE COMME ORIENTATION GENERALE DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE ET, EN PARTICULIER, COMME BASE POUR LA REALISATION DES MANDATS DES DSC.

Cependant, le virage amorcé à partir de ce cadre n'est pas sans poser certaines difficultés, surtout en ce qui concerne les perceptions des différents organismes du réseau par rapport aux rôles actuels des DSC et en ce qui concerne l'harmonisation de ces rôles avec ceux des autres organismes du réseau.

À cet égard, le groupe de travail estime qu'il sera utile d'expliciter, dans les mandats de base des DSC, le rôle d'intervention en prévention et promotion qui est inhérent au cadre de référence. En effet, l'article 74 parle de "l'élaboration, l'évaluation et la mise à jour

des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé" sans mentionner le rôle des DSC dans la mise en oeuvre de programmes.

DEUXIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT que l'adhésion des DSC au cadre de référence de la santé communautaire les amène à des interventions en prévention et promotion de la santé dans une perspective populationnelle;
CONSIDÉRANT que l'alinéa 2 de l'article 74 n'est plus adapté à la réalité de l'action des DSC car il n'est pas centré sur leur rôle d'intervenants en prévention et promotion.
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE QUE LE MINISTÈRE MODIFIE L'ALINÉA 2 DE L'ARTICLE 74 DU RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS EN LE REMPLAÇANT PAR "ÉLABORER, METTRE EN OEUVRE ET ÉVALUER DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION EN SANTÉ SUR SON TERRITOIRE".[1]

3. LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le groupe de travail a noté précédemment (voir section 5.2 du troisième chapitre) un certain nombre de difficultés en ce qui concerne la protection de la santé publique. Il tient à faire quelques recommandations à cet égard:

---

1 Le Tableau 18 (p. 123) présente l'ensemble des modifications de l'article 74 recommandées par le groupe de travail.

TROISIÈME RECOMMANDATION

CONSIDÉRANT le besoin de mieux identifier les orientations et objectifs généraux du système de protection de la santé publique;

CONSIDÉRANT le manque de clarté du rôle des DSC en santé environnementale et l'importance que ce rôle soit centré sur l'impact des agents physico-chimiques sur la santé de la population;

CONSIDÉRANT certaines imprécisions par rapport au partage des responsabilités en santé publique entre les DSC et les CLSC suite au transfert des effectifs de première ligne, notamment en ce qui concerne les enquêtes épidémiologiques et le contrôle de la couverture vaccinale;

CONSIDÉRANT la nécessité, entre autres, de clarifier les pouvoirs conférés aux chefs de DSC par la Loi sur la protection de la santé publique;

CONSIDÉRANT qu'une partie des insatisfactions exprimées à l'endroit de la Loi sur la protection de la santé publique tiennent à l'absence de programmes-cadres pour opérationnaliser cette loi;

EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE:

A. QUE LE MINISTÈRE ÉTABLISSE, DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS ET EN COLLABORATION AVEC LE RÉSEAU, DES PROGRAMMES-CADRES PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS D'INTERVENTION EN PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE AFIN DE CLARIFIER LES RÔLES DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS ET DE FOURNIR AU RÉSEAU UN MINIMUM D'OUTILS ET DE PROCÉDURES STANDARDISÉS.

B. QUE LE MINISTÈRE PROCÈDE, EN PARALLÈLE, AUX RÉVISIONS DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUI POURRAIENT S'AVÉRER NÉCESSAIRES POUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DES PROGRAMMES-CADRES.

C. QUE L'ALINÉA 3 DE L'ARTICLE 74 SOIT REMPLACÉ PAR "ASSURER, DANS LES LIMITES DES RESPONSABILITÉS ET DES POUVOIRS QUI LUI SONT CONFIÉS PAR LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, LA SURVEILLANCE ET LE CONTRÔLE DES RISQUES BIOLOGIQUE, CHIMIQUE ET PHYSIQUE QUI PEUVENT METTRE EN DANGER LA SANTÉ PUBLIQUE SUR SON TERRITOIRE".

4. COLLABORATION DSC-CRSSS

Les liens entre les DSC et les CRSSS ont également besoin d'être précisées et renforcés, selon le groupe de travail. Ces liens se sont révélés en général peu développés, alors qu'à l'intérieur même des mandats des DSC, on fait référence à la collaboration entre ces deux organismes.

Deux aspects de cette collaboration ont retenu l'attention du groupe de travail: l'utilisation par le CRSSS des travaux des DSC en connaissance et surveillance de l'état de la santé de la population pour des fins de planification socio-sanitaire; et l'implication des DSC dans l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé.

Sur ces deux points, le groupe de travail a constaté la présence d'ambiguïtés. Premièrement, l'article 74 du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements stipule que les activités de connaissance et surveillance de l'état de santé de la population doivent se faire "en tenant compte des priorités établies par le conseil régional", mais ne précise pas à quelles fins doit servir cette fonction. Or, le groupe de travail estime que les résultats de ces activités, en plus de servir aux fonctions de prévention et de promotion dans les DSC, devraient notamment servir d'input à l'établissement par les CRSSS des priorités et objectifs régionaux de santé.

QUATRIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT que l'alinéa 1 de l'article 74 donne au DSC un mandat d'établir et de mettre à jour le profil de l'état de santé de la population de son territoire, mais sans préciser à quelles fins doit servir cette fonction; CONSIDÉRANT que les produits de cette fonction de connaissance et surveillance sont particulièrement requis pour la priorisation en prévention et promotion sur le territoire du DSC et pour l'élaboration de programmes appropriés dans cette perspective; CONSIDÉRANT que cette fonction doit aussi servir à d'autres intervenants que les seuls DSC notamment au conseil régional pour ses fonctions de planification, de priorisation et d'établissement d'objectifs de santé régionaux;
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE QUE LE MINISTÈRE MODIFIE L'ALINÉA 1 DE L'ARTICLE 74 EN LE REMPLAÇANT PAR "INFORMER LE CONSEIL RÉGIONAL AINSI QUE LES ÉTABLISSEMENTS ET AUTRES ORGANISMES CONCERNÉS, SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE SON TERRITOIRE, SON ÉVOLUTION ET LES FACTEURS QUI Y SONT ASSOCIÉS."

Deuxièmement, le mandat d'évaluation confié aux DSC semble prêter à confusion, puisqu'on l'interprête, dans certains cas, comme un mandat d'évaluation des services offerts par un établissement plutôt que comme un mandat d'évaluation de l'impact de l'organisation et du fonctionnement de ces services, vus comme un des déterminants de la santé pour la population du territoire; c'est dans ce second sens que le groupe de travail considère que doit être interprété ce mandat. Il considère en effet qu'interprété dans le premier sens, ce mandat n'est pas du ressort des DSC compte tenu de la responsabilité propre à chaque établissement d'évaluer les services qu'il dispense.

CINQUIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT que le libellé de l'article 74 en ce qui concerne l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé entraîne une confusion entre le mandat spécifique confié au DSC et la responsabilité propre de chaque établissement d'évaluer les services qu'il dispense; CONSIDÉRANT que le mandat confié au DSC doit être interprété principalement comme un mandat d'évaluer l'impact de l'organisation et du fonctionnement de ces services sur l'état de santé de la population; CONSIDÉRANT que l'évaluation de l'impact de l'organisation et du fonctionnement des services sur l'atteinte des objectifs régionaux de santé exige la collaboration de plusieurs intervenants dont le conseil régional et les établissements concernés;
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE: A) QUE LE LIBELLÉ DE L'ARTICLE 74 CONCERNANT L'ÉVALUATION DES SERVICES SOIT REMPLACÉ PAR "PEUT EGALEMENT ETUDIER ET EVALUER L'IMPACT DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTÉ DU TERRITOIRE DU DEPARTEMENT SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE SANTE DETERMINES AUX NIVEAUX REGIONAL OU PROVINCIAL". B) QUE SOIT MISE EN PLACE DANS CHAQUE RÉGION, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU CONSEIL REGIONAL, UNE TABLE DE CONCERTATION OU SOIENT REPRÉSENTÉS LES PRINCIPAUX ACTEURS CONCERNÉS, DONT LE CONSEIL RÉGIONAL ET LES DSC DE LA RÉGION, POUR L'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS REGIONALES EN MATIERE D'ÉVALUATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES SERVICES.

5. COLLABORATION DSC-MSSS

Le groupe de travail tient à souligner l'importance d'améliorer, de façon générale, la collaboration entre le Ministère et les DSC en ce qui concerne la protection, la prévention et la promotion en santé à l'échelle provinciale. Le Ministère a évidemment une responsabilité à assumer à ce niveau, y compris auprès des autres ministères en ce qui concerne la promotion de politiques saines dans les divers secteurs de responsabilité gouvernementale. Or, le groupe de travail a constaté que l'action des DSC au niveau provincial, surtout quand elle est de caractère intersectoriel, peut être génératrice de tensions avec le Ministère dans certains cas. Il estime qu'il faudra consacrer des ef-

forts particuliers à la recherche de cohérence dans les actions des DSC et du Ministère et suggère, à cette fin, d'investir dans l'identification de quelques priorités provinciales. L'expérience positive de l'enquête Santé-Québec, projet conjoint MSSS-DSC, démontre l'intérêt d'intensifier les collaborations entre le Ministère et le réseau des DSC.

SIXIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT la responsabilité du Ministère en ce qui concerne la protection, la prévention et la promotion en santé à l'échelle provinciale et son rôle au niveau gouvernemental, notamment en ce qui concerne les collaborations interministérielles nécessaires; CONSIDÉRANT que, pour tout programme de protection, de prévention et de promotion en santé à l'échelle provinciale, les DSC représentent des partenaires importants pour le Ministère, tant par l'expertise dont ils disposent que par leurs capacités de rayonnement sur leur territoire; CONSIDÉRANT l'importance de développer des programmes de protection, de prévention et de promotion en santé à l'échelle provinciale, de manière à maximiser la cohérence et l'impact des actions conjuguées à divers niveaux.
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE: A) QUE LE MINISTÈRE ÉTABLISSE, EN CONSULTATION AVEC LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS CONCERNÉS, DES PRIORITÉS DE PROTECTION, DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION EN SANTÉ AU NIVEAU PROVINCIAL AINSI QUE DES PLANS D'ACTION CORRESPONDANTS. B) QUE LE MINISTÈRE RENFORCE SES MÉCANISMES DE COLLABORATION ET D'ÉCHANGE D'INFORMATIONS AVEC LES AUTRES MINISTÈRES CONCERNÉS ET FAVORISE LA MEILLEURE CIRCULATION POSSIBLE DES INFORMATIONS PERTINENTES À L'ACTION DES DSC SUR LEUR TERRITOIRE.

6. SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES PROGRAMMES DES DSC

Le ministère a des comptes à rendre par rapport aux activités de son réseau en santé communautaire comme pour l'ensemble des services de santé. Cependant, il ne dispose pas des informations minimales requises pour assumer cette responsabilité.

En général, les informations transmises par les CH au Ministère portent sur les services et de ce fait, ne sont pas appropriées au genre d'activités exercées par les DSC, activités qui se caractérisent principalement par des interventions au niveau des populations, et non par la dispensation de services directs à des individus.

SEPTIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT que le conseil d'administration du centre hospitalier est responsable des activités de ses départements, y compris le département de santé communautaire; CONSIDÉRANT par ailleurs que le Ministère est responsable de l'administration des services de santé sur l'ensemble du territoire québécois, y inclus la santé communautaire, et qu'il a des comptes à rendre pour les sommes dépensées à cet égard; CONSIDÉRANT qu'il n'existe pas actuellement de système permettant au Ministère de disposer des informations minimales requises à cette fin;
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE QUE LE MINISTÈRE, EN COLLABORATION AVEC LES CH-DSC, METTE EN PLACE UN MÉCANISME PERMETTANT AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION DE RENDRE COMPTE DES ACTIVITÉS DE LEUR DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, PAR EXEMPLE VIA L'INTRODUCTION D'UN CHAPITRE SPÉCIFIQUE DANS LES RAPPORTS ANNUELS À TRANSMETTRE AU MINISTÈRE.

7. RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES

Dans cette dernière section, le groupe de travail formulera quelques recommandations par rapport à la rationalisation des ressources dans le réseau des DSC ainsi qu'à la réduction de certains écarts qui existent dans la répartition de ces ressources sur le territoire québécois.

D'abord, le groupe de travail a constaté qu'il existe des mécanismes de collaboration entre les DSC aux niveaux provincial et régional,

mécanismes qui permettent aux DSC de se concerter et de rationaliser leur action dans des projets qui peuvent s'effectuer plus efficacement à ces niveaux. En effet, la pratique qui semble s'être établie dans le réseau des DSC au cours des dernières années nous renvoie à trois niveaux de réalisations des mandats: les réalisations qui répondent aux besoins spécifiques d'un territoire de DSC, celles qui peuvent être réalisées avec plus d'efficacité à l'échelle régionale et enfin, celles qui peuvent être faites plus efficacement à l'échelle de l'ensemble du territoire québécois.

À cet égard, plusieurs exemples de rationalisation de ressources par les DSC peuvent être mentionnés: la mise sur pied du Bureau régional des maladies infectieuses de Montréal, la mise en commun de ressources pour faciliter le traitement et la diffusion des données venant des banques centrales, le développement dans certains DSC d'expertises spécialisées en santé environnementale qui peuvent servir aux autres DSC de la même région ou de l'ensemble du réseau.

De façon générale, il faut encourager la formation de comités provinciaux et régionaux autour des priorités de prévention et de promotion qui sont communes à plusieurs DSC afin de développer des objectifs, des programmes et des outils en commun et d'effectuer des évaluations aux niveaux régional et provincial.

HUITIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT que certaines activités de santé communautaire peuvent s'effectuer plus efficacement à d'autres niveaux que le territoire de DSC; CONSIDÉRANT que la pratique actuelle des DSC de mise en commun de ressources et de partage d'expertises (regroupements régionaux, actions interrégionales, comités provinciaux, etc.) mérite d'être vue comme un effort pour accroître l'efficacité de l'action à divers niveaux; CONSIDÉRANT que la détermination des niveaux de réalisation les plus appropriés est liée à la spécificité de chaque programme;
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE QUE LES PROGRAMMES DES DSC SOIENT ÉLABORÉS EN PRÉVOYANT LES NIVEAUX DE RÉALISATIONS QUI SONT LES PLUS APPROPRIÉS ET QUE LES DSC AFFECTENT LES RESSOURCES NÉCESSAIRES AUX ACTIVITÉS IDENTIFIÉES À CES DIVERS NIVEAUX.

Le groupe de travail a également constaté qu'il existe de grandes variations entre les territoires en ce qui concerne les ressources humaines et financières consacrées aux fonctions de la santé communautaire. Ces variations sont en partie liées aux différences de la taille des populations desservies par les DSC mais elles apparaissent également liées à d'autres facteurs, comme en témoignent les variations de ressources entre des DSC desservant des populations de taille similaire. En particulier, nous avons observé des écarts dans les ressources allouées par les différents DSC à la protection de la santé publique.

NEUVIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT la grande variation des ressources en santé communautaire d'un territoire à un autre ainsi que les disparités de ressources affectées aux différentes fonctions de santé communautaire; CONSIDÉRANT la nécessité d'une allocation équitable des ressources entre les territoires, a fortiori en protection de la santé publique; CONSIDÉRANT que certains besoins en ressources sont liés aux caractéristiques du territoire (la population, les distances etc.) et ce, en particulier en ce qui concerne la protection de la santé publique (la structure d'âge, nombre de CLSC, d'omnipraticiens, de centres d'accueil, de garderies, d'écoles, etc.).
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE: A) QUE LE MINISTÈRE S'ASSURE QUE TOUT TERRITOIRE DISPOSE DU NIVEAU MINIMAL DE RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR L'EXERCICE DES FONCTIONS DE BASE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE; B) QUE LA CORRECTION DES ÉCARTS SE FASSE EN PRIORITÉ EU ÉGARD À LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE; C) QUE LA CORRECTION DES ÉCARTS SE FASSE EN TENANT COMPTE DES CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE QUI SONT PERTINENTES À L'EXERCICE DES FONCTIONS DE BASE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE; D) QUE LA CORRECTION DES ÉCARTS SE FASSE EN TENANT COMPTE DU MINIMUM DE RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA FONCTIONNALITÉ ORGANISATIONNELLE D'UN DSC.

En dernier lieu, afin d'opérationnaliser ces dernières recommandations, le groupe de travail a cru utile de proposer au Ministère un DSC-TYPE disposant de la masse critique minimale de ressources et d'expertise requise pour l'exercice des fonctions de base en santé communautaire.

Selon le groupe de travail, un DSC-TYPE doit avoir quatre programmes prioritaires de prévention et de promotion, en plus de ses programmes en protection de la santé publique et en santé au travail. Nous croyons que quatre programmes prioritaires représentent un minimum compte tenu du grand nombre de problèmes et de besoins socio-sanitaires reconnus comme prioritaires par diverses sources (le Conseil des Affaires sociales et de la famille, la Commission Rochon, etc.) et compte tenu également de la nécessité d'assurer un équilibre entre les différentes priorités établies aux niveaux local, régional et provincial. Qui plus est, les DSC ont actuellement, en général, de trois à cinq programmes prioritaires de prévention et de promotion.

DIXIÈME RECOMMANDATION
CONSIDÉRANT les différents mandats confiés aux DSC; CONSIDÉRANT la nécessité d'affecter à la réalisation de ces mandats des ressources humaines rassemblant des expertises diverses (recherche appliquée, programmation, intervention, promotion de la santé, etc.); CONSIDÉRANT qu'un minimum de ressources est nécessaire pour qu'un DSC soit fonctionnel dans la réalisation de chacun de ses mandats; CONSIDÉRANT la nécessité de s'attaquer à un nombre minimum de problèmes et de besoins reconnus comme prioritaires aujourd'hui; CONSIDÉRANT la nécessité d'un équilibre par rapport aux diverses priorités et besoins identifiés aux niveaux local, régional et provincial;
EN CONSÉQUENCE, LE GROUPE DE TRAVAIL RECOMMANDE: A) QU'UN DSC-TYPE AIT, OUTRE SES PROGRAMMES EN PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE ET EN SANTE AU TRAVAIL, QUATRE PROGRAMMES PRIORITAIRES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION. B) QU'UN DSC-TYPE, COUVRANT UN TERRITOIRE D'ENVIRON 250 000 h. (À TITRE INDICATIF), DISPOSE DES RESSOURCES TELLES QUE DÉCRITES DANS LA FIGURE 3 QUI SUIT.

FIGURE 3 : DSC-TYPE PROPOSÉ [1]

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

- Fonctions:
  - Coordonner les activités professionnelles et gérer les ressources du département.
- Équipe:

1 chef de DSC
1 adjoint administratif
1 secrétaire de direction
1 secrétaire réceptionniste
1 commis/documentaliste

SURVEILLANCE ET RECHERCHE

- Fonctions:
  - Analyse de l'état de santé de la population du territoire, de son évolution et des facteurs qui y sont associés.
  - Diffusion d'informations pertinentes aux autres organismes (CRSSS, CLSC, etc.).
  - Évaluation de l'impact de l'organisation et du fonctionnement des services sur l'atteinte des objectifs de santé.
- Équipe:[2]

2.5 agents de recherche
1 technicien (informaticien)
1 secrétaire

PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- Fonctions:
  - Surveillance et contrôle des risques biologiques, chimiques et physiques (maladies infectieuses et santé environnementale).
  - Programmes de prévention face à certains problèmes spécifiques (MTS et SIDA).
- Équipe:

1 médecin responsable du programme
3 médecins
2 infirmières
1 hygiéniste environnemental
0.5 agent de recherche
1 secrétaire
1 commis/secrétaire pour compilation de données et maintien de fichiers

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET PROMOTION

- Fonctions:[3]
  - Élaboration, mise en oeuvre et évaluation des programmes de prévention et de promotion selon les priorités retenues.
  - Suivi des principaux dossiers de promotion et de prévention sur le territoire et fourniture d'un service minimal à la clientèle.
- Effectifs totaux:[4]

Selon l'hypothèse de quatre programmes prioritaires:

2 professionnels cadres
3 secrétaires
4 agents de programmation
4 agents de promotion de la santé
4 agents d'intervention
4 agents de recherche

PROGRAMME DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- Fonctions:

Telles que définies dans le contrat entre la CSST et les CH-DSC:

- Contrats de services entre les CH-DSC et les CLSC de leurs territoires.
- Études épidémiologiques et identification des risques en milieu de travail
- Voir à l'application des programmes de santé dans les entreprises
- Evaluation de ces programmes de santé

- Équipe:

Selon les normes et le budget fournis par la CSST:

1 coordonnateur
1 médecin
1 hygiéniste
1 agent de recherche
1 secrétaire

Notes 1, 2, 3, 4: voir page suivante

NOTES DE LA FIGURE 3

1. Un budget de 1 420 000$ est requis pour les ressources humaines de ce DSC-TYPE.

   On estime qu'un montant additionnel de 12% de budget serait nécessaire pour défrayer le coût des activités de communication et d'intervention effectuées dans le cadre des programmes de prévention et de promotion.

   On estime les frais de gestion à 15% du budget de ressources humaines.

   Le budget total de ce DSC-TYPE s'élèverait ainsi à approximativement 1 800 000$.

   À cela, il faudra ajouter les salaires des médecins payés par la RAMQ. On estime que quatre médecins à temps plein seront requis pour le programme de protection de la santé publique. Le nombre total de médecins employés par un DSC dépendra des priorités retenues en prévention et promotion mais doit également tenir compte des plans régionaux d'effectifs médicaux.

2. Cette équipe inclut:

   1.5 agent de recherche pour la connaissance et surveillance dont 0.5 poste pourrait servir à la mise en commun de ressources des DSC afin de traiter et de diffuser des données venant des grandes banques centrales
   1 agent de recherche pour l'évaluation des services (pour permettre la réalisation de projets d'envergure, cet agent pourrait participer à des projets aux niveaux régional ou provincial).

   Il faut également noter que certains projets d'évaluation de services pourraient exiger l'implication d'un ou de plusieurs médecins.

3. L'importance relative de ces deux fonctions varie d'un DSC à l'autre dépendant des conditions locales. Certains DSC, souvent en milieu urbain, semblent concentrer la plupart de leurs énergies sur 3, 4 ou 5 programmes prioritaires tandis que d'autres DSC, surtout en région périphérique, investissent davantage dans le suivi des dossiers locaux et moins dans des programmes prioritaires.

4. Le nombre et le type de personnel affecté à chaque programme prioritaire varieront selon la nature du programme et l'étape de son développement. Nous estimons une moyenne de quatre professionnels par programme comprenant:

   1 agent de programmation (expertise par rapport au contenu du programme)
   1 professionnel en promotion de la santé (éducation sanitaire, marketing, communications, sciences politiques, etc.)
   1 professionnel en intervention (animation du milieu)
   1 agent de recherche pour la planification et l'évaluation du programme (identification des populations-cibles, l'évaluation de l'impact, etc.)

   Certains programmes de prévention et de promotion exigent la participation de médecins. Le besoin d'effectifs médicaux dans un DSC dépendra du contenu des priorités retenues.

TABLEAU 18: L'ARTICLE 74 AVEC L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS RECOMMANDÉES

NOUVEAU TEXTE RECOMMANDÉ	TEXTE ACTUEL DE L'ARTICLE 74
"En collaboration avec les établissements et en tenant compte des priorités établies par le conseil régional, le chef du département de santé communautaire:	"En collaboration avec les établissements et en tenant compte des priorités établies par le conseil régional, le chef du département de santé communautaire doit notamment:
1. doit informer le conseil régional, ainsi que les établissements et autres organismes concernés, sur l'état de santé de la population de son territoire, son évolution et les facteurs qui y sont associés;	1. établir et mettre à jour le profil de l'état de santé de la population du territoire du département;
2. doit élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des programmes de prévention et de promotion en santé sur son territoire;	2. identifier les problèmes de santé de la population et élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour le territoire;
3. doit assurer, dans les limites des responsabilités et des pouvoirs qui lui sont confiés par la Loi sur la protection de la santé publique, la surveillance et le contrôle des risques biologiques, chimiques et physiques qui peuvent mettre en danger la santé publique sur son territoire;	3. veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire;
4. doit coordonner les activités professionnelles et gérer les ressources de son département;	4. coordonner les activités professionnelles et gérer les ressources de son département".
5. peut également, en collaboration avec le conseil régional et les organismes concernés, étudier et évaluer l'impact de l'organisation et du fonctionnement des services de santé du territoire du département sur l'atteinte des objectifs de santé déterminés aux niveaux régional ou provincial.	"En collaboration avec le conseil régional et les organismes concernés et en tenant compte des objectifs de santé déterminés au niveau du territoire du conseil régional ou de celui du Québec, le chef du département de santé communautaire peut également étudier et évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé du territoire du département".

ANNEXE A

LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ANALYSE DE L'ACTION DES DSC

INTRODUCTION

Les départements de santé communautaire (DSC) font partie du réseau socio-sanitaire québécois depuis plus de dix ans maintenant. En regard du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les mandats et responsabilités des DSC sont les suivants (article 74):

> "En collaboration avec les établissements et en tenant compte des priorités établies par le conseil régional, le chef du DSC doit notamment:
>
> 1. Établir et mettre à jour le profil de l'état de santé de la population du territoire du département.
>
> 2. Identifier les problèmes de santé de la population et élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour le territoire.
>
> 3. Veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire.
>
> 4. Coordonner les activités professionnelles et gérer les ressources de son département."

De plus, ils se sont également vu confier des responsabilités précises en regard de la santé et de la sécurité au travail dans la Loi 17 (1979):

> "(...) conseiller les comités paritaires patrons-employés chargés, dans les entreprises, de voir à la santé et à la sécurité des employés; exercer des fonctions de surveillance médicale et environnementale de l'entreprise; former le personnel ayant à dispenser des services; informer les milieux de travail sur la salubrité de leur environnement et sur les connaissances générales qui pourraient leur être utiles."

Enfin un amendement récent (décret 545-86 du 23 avril 1986) au Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements ajoute à l'article 74 mentionné précédemment:

> "En collaboration avec le CRSSS et les organismes concernés et en tenant compte des objectifs de santé déterminés au niveau du territoire du conseil régional ou de celui du Québec, le chef du DSC peut également étudier et évaluer l'organisation et le fonctionnement des services de santé du territoire du département."

Cependant les DSC, depuis leur création en 1972 jusqu'à tout récemment encore, ont dû d'abord et avant tout mettre leurs énergies à suppléer à

plusieurs endroits sur le territoire québécois en l'absence de CLSC. Il leur a fallu également assurer le transfert d'une partie substantielle de leurs effectifs vers les CLSC de leur territoire. Aujourd'hui ils sont engagés dans une foule d'activités et semblent vouloir se réenligner davantage sur les mandats qui ont présidé à leur création. Parallèlement, ils mènent une réflexion en profondeur sur leur rôle et fonctions dans le réseau socio-sanitaire.

QUESTIONNEMENT

Il nous manque pour l'instant certaines informations essentielles pour éclairer la prise de décision relativement à l'avenir des DSC. Ces informations manquantes sont de deux ordres: Elles portent sur le quoi et le comment de l'intervention des départements de santé communautaire.

En ce qui a trait au quoi, à ce que font les DSC, les réponses à certaines questions ne sont encore que fragmentaires. Par exemple:

Quelle part de leur budget est affectée à l'administration du département? Aux activités de planification? A celles de programmation? A la santé et sécurité au travail?

Combien de personnes y travaillent?

Quels sont les dossiers qui constituent leur quotidien?

Quelles sont les activités que les DSC privilégient à l'intérieur de ces dossiers?

Ces dossiers sont-ils tous reliés aux mandats cités précédemment?

En ce qui a trait au comment, il convient d'amasser de l'information:

Sur la façon dont les DSC s'articulent au reste du réseau, principalement dans leurs activités de planification, de programmation et d'évaluation, activités qu'ils partagent dans une large mesure, et parfois de façon conflictuelle, avec les conseils régionaux et le Ministère.

Sur la nature des communications qu'ils entretiennent avec les autres acteurs: Municipalités, mass-media, population ou le reste de l'appareil gouvernemental (comme par exemple les autres ministères) d'autre part.

OBJECTIF

Disposer d'un état précis de la situation, d'un inventaire des activités et ressources par rapport aux rôles et fonctions qu'assument actuellement les DSC. Cet inventaire pourrait s'articuler autour des mandats confiés aux DSC par le législateur et devrait tenter de répon-

dre dans la mesure du possible aux questions précédentes. Pour ce faire, il convient tout d'abord de rappeler que nous n'avons pas affaire ici à un type d'établissement dispensant principalement des services à la population mais à une organisation chargée entre autres, avec d'autres intervenants, de planifier, de programmer et d'évaluer une partie importante du système socio-sanitaire québécois.

MODALITÉS DE RÉALISATION

Il vaut mieux pour l'heure faire le point à l'interne sur les questions soulevées précédemment, grâce au concours des directions générales concernées au Ministère de la Santé et des Services sociaux, à savoir principalement Prévention et Services communautaires et Planification et Evaluation. Ce premier déblaiement sera effectué avec la collaboration des DSC et du milieu de la santé communautaires en général. Le groupe de travail sera constitué des personnes suivantes:

M. Léandre Bilodeau
Directeur de l'Evaluation
(par intérim)

M. Michel Pelletier
Directeur de la Prévention
et de la Protection de la
Santé publique

M. Pierre Montambault
Chef du service des
Etudes socio-sanitaires

M. Richard Lessard
Chef du DSC Laval
Président du Comité de
coordination de la Santé
communautaire
Division Santé communautaire,
AHQ

M. Pierre Boyle
Adjoint à la Recherche et
développement
DSC Maisonneuve-Rosemont

M. Jean-Paul Fortin
Conseiller spécial
Commission d'enquête sur la
Santé et les Services sociaux

M. Raynald Pineault
Directeur du Département
Médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Mme Louise Montreuil
Directrice à l'Élaboration
des politiques
CRSSS (03), Québec

Le directeur de l'Évaluation assumera la responsabilité du dossier. Il assurera également la coordination avec les travaux de la Commission Rocnon. Il faudra également affecter un(e) professionnel(le) à temps plein pour seconder ce groupe de travail. La première tâche de ce(tte) professionnel(le) sera de réaliser et de soumettre au groupe un plan détaillé des travaux à réaliser. Certains(es) professionnels(les)

du Ministère possédant une expertise dans ce domaine seront également mis(es) à contribution.

Joint aux travaux du Comité Brunet, les travaux de ce groupe de travail permettront d'élargir la discussion sur les rôles et fonctions des DSC, ayant en main une définition plus claire des activités reliées à la santé communautaire, ce qui devrait permettre de mieux cerner les enjeux à débattre. Ceci pourrait être fait avant le 1er juin 1987.

ANNEXE B

1. QUESTIONNAIRE ENVOYÉ PAR LE GROUPE DE TRAVAIL AUX 32 DSC

2. FICHE DESCRIPTIVE REMPLIE PAR LES 32 DSC CONCERNANT UN CERTAIN NOMBRE DE LEURS RÉALISATIONS

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ANALYSE DE L'ACTION DES DSC

ANNEXE B.1 : QUESTIONNAIRE AUX 32 DSC

1. NOM DU DSC: _____

2. EMPLACEMENT ACTUEL DES LOCAUX DE VOTRE DSC (cochez toutes les cases appropriées):

	DSC à part de la santé au travail	Equipe de base en santé au travail
- À l'intérieur de l'édifice principal du C.H.		
- Dans un autre édifice appartenant au C.H.		
- À l'extérieur des installations du C.H.		

3. LES LOCAUX DE VOTRE ÉQUIPE DE BASE EN SANTÉ AU TRAVAIL SONT SITUÉS:

- Avec d'autres locaux du DSC ☐
- Complètement à part des autres locaux du DSC ☐

4. À L'EXCEPTION DES CONTRATS AVEC LA CSST ET DES TROIS PROGRAMMES PROVINCIAUX DE SUBVENTIONS (SANTÉ COMMUNAUTAIRE-MSSS, FRSQ ET CQRS), EST-CE QUE D'AUTRES SUBVENTIONS ONT ÉTÉ ACCORDÉES AU DSC PENDANT L'ANNÉE FINANCIÈRE 1986-87 (EXEMPLE: SUBVENTIONS DU FÉDÉRAL OU DE SOURCES PRIVÉES)?

SOURCE	PROJET	MONTANT

5. POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE 1986-87, À PART DES ACTIVITÉS EN SANTÉ AU TRAVAIL, POURRIEZ-VOUS NOUS INDIQUER LE POURCENTAGE DE TEMPS QUE LE DSC A CONSACRÉ À CHACUNE DES FONCTIONS SUIVANTES ET FOURNIR UN EXEMPLE D'ACTIVITÉ EFFECTUÉE PAR RAPPORT À CHAQUE FONCTION?

FONCTION	POURCENTAGE DU TEMPS (%)	EXEMPLE D'ACTIVITÉS
- Contrôle des maladies infectieuses	( ) %	
- Connaissance et surveillance de l'état de de santé de la population (incluant la priorisation des besoins)	( ) %	
- Élaboration de programmes ou de projets d'intervention	( ) %	
- Mise en oeuvre ou coordination de programmes ou de projets d'intervention	( ) %	
- Évaluation ou révision de programmes ou de projets d'intervention	( ) %	
- Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des services de santé du territoire du département	( ) %	
- Dispensation directe de services	( ) %	
- Autres: _____ _____	( ) %	
TOTAL	100 %	

6. POUR CHACUN DES MEMBRES DU PERSONNEL DU DSC EN FONCTION LE 31 MARS 1987 (Y INCLUT L'ÉQUIPE DE SANTÉ AU TRAVAIL ET DES STAGIAIRES), VEUILLEZ PRECISER LES INFORMATIONS SUIVANTES:

FONCTION	FORMATION PROFESSIONNELLE		CHAMP DE SPECIALISATION (s'il y a lieu)	PERMANENT, CONTRACTUEL, STAGIAIRE OU AUTRE	TEMPS PLEIN, TEMPS PARTIEL (Heure/Semaine) OU NOMBRE DE VACATIONS PAR MOIS
	DIPLOME(S)	DISCIPLINE(S)			
Exemples:					
-Agent de recherche	Maîtrise	Sociologie	Recherche évaluative	Contractuel	Temps partiel: 20h/sem.
-Secrétaire	-	-	-	Permanent	Temps plein
-Médecin-conseil	M.D.	Médecine	Santé au travail	-	40
-Résident en santé communautaire	M.D.	Médecine	-	Stagiaire	-
-Agent de programmation	Bacc. Maîtrise	Nursing Epidémiologie	Maladies infectieuses	Permanent	Temps plein
-Etc.					

FONCTION	FORMATION PROFESSIONNELLE		CHAMP DE SPECIALISATION (s'il y a lieu)	PERMANENT, CONTRACTUEL, STAGIAIRE OU AUTRE	TEMPS PLEIN, TEMPS PARTIEL (Heure/Semaine) OU NOMBRE DE VACATIONS PAR MOIS
	DIPLOME(S)	DISCIPLINE(S)			

FONCTION	FORMATION PROFESSIONNELLE		CHAMP DE SPECIALISATION (s'il y a lieu)	PERMANENT, CONTRACTUEL, STAGIAIRE OU AUTRE	TEMPS PLEIN, TEMPS PARTIEL (Heure/Semaine) OU NOMBRE DE VACATIONS PAR MOIS
	DIPLOME(S)	DISCIPLINE(S)			

7. INDIQUEZ EN ÉQUIVALENT DE POSTES À TEMPS PLEIN, LE NOMBRE D'EMPLOYÉS DU DSC QUI SONT AFFECTÉS SPÉCIFIQUEMENT:

   - au contrôle des maladies infectieuses _____

   - à l'équipe de santé au travail _____

8. NOMMEZ TROIS RÉALISATIONS (OU DAVANTAGE SI VOUS VOULEZ) QUI ONT EU LIEU PENDANT L'ANNÉE 1986-87 ET QUE VOUS CONSIDÉREZ PARTICULIÈREMENT REPRÉSENTATIVES DE VOTRE DSC (PROJETS, PROGRAMMES, RECHERCHES, ETC.)

   1. _____

   2. _____

   3. _____

   (4) _____

   (5) _____

   Pour chacune de ces réalisations, veuillez remplir (avec la collaboration des professionnels impliqués, s'il y a lieu) une des fiches descriptives en annexe.

9. NOUS APPRÉCIERIONS QUE VOUS NOUS FOURNISSIEZ LES DOCUMENTS SUIVANTS S'ILS SONT ACTUELLEMENT DISPONIBLES:

   - Organigramme du DSC

   - Rapport annuel du DSC le plus récent

   - Liste des publications et d'autres documents produits récemment par le DSC

   - Revues ou bulletins que le DSC produit de façon périodique (fournir seulement le numéro le plus récent).

ANNEXE B.2 : FICHE DESCRIPTIVE D'UNE RÉALISATION DU DSC

NOM DU DSC:_____

(Si vous manquez d'espace, n'hésitez pas à utiliser le verso)

1. Nom ou titre de la réalisation (programme, projet, recherche, etc.):

_____

_____

2. Origine du dossier ou projet (responsabilité ou mandat de base du DSC, demande d'un organisme ou "client" spécifique, etc.):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. Objectifs du dossier et résultats obtenus jusqu'à maintenant (impact ou retombées de cette réalisation):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. Principales activités réalisées dans ce dossier:

5. Nature et fréquence des collaborations et contacts avec d'autres groupes ou organismes (autres DSC, comités provinciaux, CLSC, CRSSS, municipalités, groupes communautaires, etc.):

6. Principaux facteurs qui ont favorisé l'avancement du dossier:

7. Principales difficultés rencontrées dans le dossier:

8. Quels éléments (ressources, support, collaborations, recherches, etc.) auraient été ou seraient nécessaires pour pousser plus loin ce dossier ou projet?

9. S'il vous plait, joindre des documents qui pourraient favoriser la compréhension du dossier.

ANNEXE C

1. TABLEAU 1 : COMPARAISON DE CERTAINES DONNÉES PAR RAPPORT AUX 32 DSC

2. TABLEAU 2 : RÉPARTITION DES DOSSIERS SELON LES PRINCIPAUX OBJECTIFS OPERATIONNELS

3. TABLEAU 3 : PROJETS SUBVENTIONNÉS SELON LEURS THÉMATIQUES (PROGRAMME DE SUBVENTION EN SANTE COMMUNAUTAIRE, MSSS)

TABLEAU 1: COMPARAISON DE CERTAINES DONNÉES PAR RAPPORT AUX 32 DSC

# DSC	POPULATION DU TERRITOIRE (1)	BUDGET DE FONCTIONNEMENT (2)		AUTRES SUBVENTIONS		PROFESSIONNEL EQUIPE DSC (3)		RECHERCHE (4)		MÉDECINS[5] (5)		MALADIES INFECTIEUSES (6)		AFFILIATION UNIVERSITAIRE
		MONTANT	RANG	MONTANT	RANG	N	RANG	N	RANG	N	RANG	N	RANG	
11	47 780	469 361	(1)	0	(1)	10	(1)	2	(4)	5	(9)	1,00	(1)	NON
2	83 555	646 973	(9)	0	(1)	12	(3)	1	(2)	4	(8)	1,20	(5)	NON
6	92 880	548 366	(3)	17 000	(5)	11	(2)	0	(1)	2	(1)	1,00	(1)	NON
12	99 110	637 465	(7)	0	(1)	19	(14)	3	(10)	3	(3)	1,00	(1)	NON
32	118 340	817 802	(19)	169 366	(28)	14	(5)	4	(20)	3	(3)	1,30	(6)	NON
8	124 160	508 410	(2)	3 000	(4)	25	(21)	2	(4)	16	(28)	1,00	(1)	NON
4	128 940	798 811	(17)	134 922	(27)	13	(4)	3	(10)	3	(3)	2,50	(16)	NON
1	150 465	701 531	(13)	82 420	(21)	20	(17)	9	(30)	10	(22)	1,50	(7)	OUI
5	151 515	814 095	(18)	64 808	(16)	22	(19)	2	(4)	6	(12)	3,00	(18)	NON
10	152 810	1 406 840	(27)	18 405	(6)	30	(26)	7	(29)	6	(12)	10,00	(31)	OUI
13	155 345	644 388	(8)	56 100	(13)	15	(6)	3	(10)	7	(15)	1,50	(7)	NON
31	157 400	1 033 316	(23)	47 000	(10)	18	(11)	5	(25)	3	(3)	1,66	(11)	NON
19	165 185	1 380 585	(26)	57 507	(14)	28	(24)	10	(31)	11	(24)	4,00	(20)	OUI
3	170 640	583 517	(5)	58 010	(15)	16	(8)	3	(10)	8	(18)	2,00	(12)	NON
29	172 280	683 478	(12)	51 653	(12)	16	(8)	3	(10)	3	(3)	2,20	(15)	NON
17	185 100	1 697 650	(30)	130 520	(25)	39	(30)	4	(20)	10	(22)	5,70	(27)	OUI
14	194 155	1 029 564	(20)	90 000	(22)	27	(23)	6	(28)	5	(9)	6,20	(28)	NON
20	195 405	2 171 772	(31)	409 628	(32)	48	(32)	5	(25)	17	(29)	4,00	(20)	OUI
26	199 945	602 137	(6)	77 500	(20)	17	(10)	4	(20)	8	(18)	2,60	(17)	NON
7	206 480	769 384	(14)	37 263	(8)	18	(11)	3	(10)	8	(18)	2,00	(12)	OUI
16	217 830	671 108	(10)	123 000	(24)	18	(11)	3	(10)	7	(15)	1,50	(7)	NON
30	242 920	1 030 866	(22)	28 550	(7)	38	(29)	2	(4)	17	(29)	3,50	(19)	NON
9	243 345	1 116 385	(25)	226 106	(29)	37	(28)	11	(32)	17	(29)	5,00	(22)	OUI
21	253 745	4 501 448	(32)	279 800	(31)	47	(31)	2	(4)	18	(32)	13,00	(32)	OUI
25	255 240	786 004	(16)	67 196	(17)	20	(17)	5	(25)	2	(1)	1,50	(7)	NON
15	256 245	1 610 333	(28)	114 204	(23)	28	(24)	3	(10)	11	(24)	5,00	(22)	OUI
23	268 305	783 268	(15)	234 000	(30)	24	(20)	4	(20)	11	(24)	5,00	(22)	OUI
27	291 905	676 727	(11)	131 313	(26)	19	(14)	3	(10)	7	(15)	5,00	(22)	NON
24	307 520	568 966	(4)	46 644	(9)	15	(6)	1	(2)	5	(9)	5,50	(26)	NON
22	339 670	1 030 702	(21)	50 000	(11)	19	(14)	3	(10)	6	(12)	2,00	(12)	OUI
28	394 765	1 091 101	(24)	73 900	(19)	30	(26)	2	(4)	12	(27)	9,00	(30)	NON
18	403 205	1 617 989	(29)	72 310	(18)	25	(21)	4	(20)	9	(21)	6,50	(29)	OUI
TOTAL	6 438 090	33 430 342		3 061 100		738		122		260		117,86		

(1) Population selon le recensement de 1981 (Source: Données du MSSS, janvier 1987). (2) Pour l'année 1986-87
(3) Postes en équivalent temps plein: tout le personnel du DSC (médecins inclus) à l'exception du personnel de soutien, des équipes de santé au travail et du personnel dispensant encore des services. (4) Nombre de postes en équivalent temps plein associés à la recherche à l'exception des équipes de santé au travail (responsables de la recherche, assistants de recherche, conseilleurs de recherche, techniciens en recherche, etc.). N.B.: Ces chiffres sont très approximatifs, étant basés sur les titres des fonctions du personnel et non pas une description de tâches. (5) Nombre de médecins en équivalent temps plein à l'exception des équipes de santé au travail (chef inclus). (6) Nombre d'employés en équivalent de postes à temps plein affectés spécifiquement au contrôle des maladies infectieuses (question 7 du questionnaire).

TABLEAU 2: RÉPARTITION DES DOSSIERS SELON LES PRINCIPAUX OBJECTIFS OPÉRATIONNELS[1]

	NOMBRE	%	(RANG)
CONNAISSANCE-SURVEILLANCE[2]	24	15,6	1
PRIORISATION[3]	5	3,2	8
ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE[4]	5	3,2	8
ÉTAT DE SITUATION[5]	18	11,7	3
DÉVELOPPEMENT DE PROBLÉMATIQUE ET DE PROGRAMME[6]	13	8,4	6
DÉVELOPPEMENT D'OUTIL[7]	15	9,7	5
IMPLANTATION DE PROJET[8]	11	7,1	7
IMPLANTATION ET ÉVALUATION[9]	18	11,7	3
DIFFUSION D'INFORMATION[10]	2	1,3	9
FORMATION DE PERSONNEL[11]	1	0,7	10
COORDINATION/CONCERTATION[12]	20	13,0	2
PLANIFICATION/PROGRAMMATION/ÉVALUATION DE SERVICES[13]	17	11,0	4
ADMINISTRATION INTERNE[14]	5	3,2	8
TOTAL	154	100,0	-

1 Données pour 30 DSC. Chaque DSC a soumis de 3 à 5 fiches décrivant les réalisations qu'il considère les plus représentatives de ses activités en 1986-1987. Au total, 130 fiches ont été remplies et analysées. Pas plus de deux objectifs opérationnels ou réalisations ont été retenus par fiche. dans la majorité des cas (106/130), nous nous sommes limités à un seul objectif principal: là où deux objectifs ont été retenus (24 fiches), le second se rapportait souvent à la "coordination/concertation" (12). Ainsi, 154 objectifs (130+24) ont été classifiés.

2 Réfère à la fonction "connaissance et surveillance" de l'état de santé de la population. Il s'agit de profils ou portraits socio-sanitaires dans lesquels on décrit une population selon divers indicateurs de santé ou mesures d'exposition à des risques. Ces informations peuvent servir à la priorisation, ou à exercer un contrôle et à assurer un suivi par rapport à l'évolution d'un indicateur de santé, principalement lié aux maladies infectieuses, à la santé au travail ou à la santé environnementale.

3 Bien que beaucoup d'activités de "connaissance et surveillance" aient pour objectif la priorisation des problèmes de santé et la rédaction de plans de santé, nous n'avons inclus dans la catégorie "priorisation" que celles qui ont été complétées au cours de la période examinée.

4 Réfère aux études étiologiques (e.g. identification de sources d'infection, de risques environnementaux).

5 à 9 Ces catégories renvoient aux étapes généralement franchies lors de l'élaboration et de l'implantation de projets d'interventions. Un projet ne peut être classifié que dans une seule de ces catégories. Tel qu'indiqué en (3), un projet d'intervention était classifié dans l'une ou l'autre des catégories non pas en fonction de l'objectif ultime du projet mais plutôt selon ce qui avait été réalisé au cours de la période examinée.

5 à 9 suite... À noter que toute intervention, quelqu'en soit l'approche ou l'intensité, apparaît dans l'une ou l'autre de ces catégories. Ainsi, on retrouve des projets où l'objectif opérationnel est de rédiger et de diffuser des brochures, de former des intervenants, ou de modifier des environnements et des comportements.

5 Réfère aux activités de cueillette de données, de connaissance de problèmes, de revue de littérature, d'évaluation de besoins et d'attentes, d'enquête d'opinion, de compilation et analyse de statistiques. On cerne ici la nature, l'ampleur et l'impact des problèmes de santé.

6 Réfère au développement de cadres théoriques ou analytiques, de stratégies, modèles ou méthodologies d'intervention et d'implantation, et au développement de programmes-cadre.

7 Réfère au développement d'outils ou instruments d'intervention incluant les guides et les protocoles, les documents d'information, les kiosques, vidéo, pièces de théâtre, les manuels de formation, etc.

8 Réfère à la phase concrète d'implantation de projet. Ce qui a été réalisé.

9 Cette catégorie comprend généralement la réalisation des étapes 5 à 8, auxquelles s'additionnent l'évaluation du projet.

10 Réfère à un objectif de diffusion d'information exclusivement (e.q. informer la communauté des réalisations du DSC).

11 Formation de personnel en santé au travail.

12 Inclus ici les objectifs de mobilisation, d'animation du milieu, de coordination et de concertation, (e.q. forme des comités provinciaux, des tables de concertation, organiser des colloques).

13 Il s'agit de planification/programmation/évaluation de services de santé (e.q. évaluation du fonctionnement du réseau d'hébergement pour personnes âgées.

14 Cette catégorie réfère aux objectifs d'amélioration du fonctionnement du CH-DSC (e.q. informatisation, plan directeur, planification stratégique, précision des rôles et fonctions).

TABLEAU 3: PROJETS SUBVENTIONNÉS SELON LEURS THÉMATIQUES[1]

	1984-85		1985-86		1986-87	
	N	%	N	%	N	%
Accidents	3	4,0	2	4,1	4	8,3
Maladies infectieuses	4	5,3	3	6,1	4	8,3
Maladies cardio-vasculaires	2	2,6	2	4,1	2	4,2
Habitudes de vie	1	1,3	0	0,0	2	4,2
Santé maternelle/infantile	8	10,7	4	8,2	3	6,3
Santé environnementale	7	9,3	4	8,2	6	12,5
Profil socio-sanitaire	10	13,3	3	6,1	6	12,5
Santé dentaire	2	2,7	1	2,0	-	-
Santé des jeunes	7	9,3	4	8,2	-	-
Santé mentale	9	12,0	8	16,3	8	16,7
Planification/programmation	5	6,7	5	10,2	4	8,3
P. handicapées/réadaptation	4	5,3	1	2,0	2	4,2
Personnes âgées	-	-	4	8,2	5	10,4
Nutrition	4	5,3	2	4,1	1	2,1
Santé au travail	8	10,7	5	10,2	1	2,1
TOTAL	75	100,0	49	100,0	48	100,0
INDÉTERMINÉ	1		4		1	

1 Source: Programme de subvention en santé communautaire, Service de la Promotion de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

ANNEXE D

LE MANDAT DES DSC EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

1. CONTRATS AVEC LA C.S.S.T.

Le contrat liant chaque centre hospitalier ayant un département de santé communautaire et la Commission de la santé et la sécurité du travail est fonction de la mise en application des programmes de santé (art. 107, L.R.Q., chap. S-2.1).

Pour ce faire le centre hospitalier s'engage à assurer les services nécessaires à la mise en application des programmes de santé au travail sur le territoire délimité par le contrat ou aux établissements ou catégories d'établissements qui y sont identifiés (art. 109, L.R.Q., chap. S-2.1).

Le contrat spécifique liant la Commission de la santé et la sécurité du travail et chaque centre hospitalier ayant un département de santé communautaire doit correspondre au contrat-type définit à l'article 107,2° (L.R.Q., chap. S-2.1) qui indique, le contenu minimum des contrats et doit être soumis pour entente, au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Un centre hospitalier où existe un département de santé communautaire peut conclure avec un autre centre hospitalier ou un centre local de services communautaire un contrat de service aux termes duquel ce dernier s'engage à fournir des services de santé spécifiques à un établissement.

Le programme de santé spécifique à un établissement est défini à l'article 113 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

La Commission établit chaque année un budget, pour l'application des programmes de santé et l'attribue à chaque centre hospitalier où il existe un département de santé communautaire conformément au contrat intervenu (art. 110, L.R.Q., chap. S-2.1).

Ce budget comprend une enveloppe: équipe de base (D.S.C.), programme (C.L.S.C.) et projets spéciaux.

1.1 Responsabilité régionale

C'est le chef du département de santé communautaire qui est responsable de la mise en application sur le territoire qu'il dessert des contrats visés dans les articles 109 et 116; il doit notamment (art. 127, L.R.Q., chap. S-2.1)

1° voir à l'application des programmes de santé spécifiques aux établissements (entreprise ou autres lieux de travail);

2° collaborer avec le comité d'examen des titres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et avec le conseil d'administration du centre hospitalier pour l'étude des candidatures des médecins désirant oeuvrer dans le domaine de la médecine du travail confor-

mément à la présente loi et à ses règlements et à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et à ses règlements;

3° coordonner l'utilisation des ressources du territoire pour faire effectuer les examens, analyses et expertises nécessaires à la réalisation des programmes de santé;

4° colliger les données sur l'état de santé des travailleurs et sur les risques à la santé auxquels ils sont exposés;

5° s'assurer de la conservation du dossier médical d'un travailleur pendant une période d'au moins vingt ans après la fin de l'emploi du travailleur ou quarante ans après le début de l'emploi, selon la plus longue durée;

6° effectuer des études épidémiologiques;

7° évaluer les programmes de santé spécifiques aux établissements et faire les recommandations appropriées à la Commission, aux médecins responsables et aux comités de santé et de sécurité concernés;

8° transmettre à la Commission les données statistiques sur l'état de santé des travailleurs et tout renseignement qu'elle peut exiger conformément à la présente loi ou les règlements;

9° visiter les établissements du territoire et prendre connaissance des informations nécessaires à la réalistion de ses fonctions.

2. LES ÉQUIPES DE BASE

L'équipe de base dans chacun des DSC est composé d'un coordonnateur, d'un agent de recherche, d'un hygiéniste et d'un médecin conseil.

La fonction de l'équipe de base est de fournir le support nécessaire au chef de département de santé communautaire dans l'accomplissement des mandats prévus à l'article 127 de la Loi sur la santé et sécurité du travail, de même que dans toutes autres actions en vertu du chapitre 8. L'équipe de base du DSC fournit auprès de l'équipe des services de santé (CLSC) le support et l'expertise en santé au travail.

Finalement, l'équipe de base participe directement ou indirectement à la conception, la coordination, la planification, l'évaluation et la réalisation des activités nécessaires afin de satisfaire aux exigences du contrat spécifique signé par chacun des CH/DSC avec la CSST et des contrats liant les CH/DSC et les CLSC de leur territoire.

3. LES SERVICES DE SANTÉ

Les CH/DSC ont des contrats de service avec les CLSC de leur territoire ou ces derniers s'engagent à fournir les services de santé spécifiques à un établissement (art. 116).

Par contrat, un CLSC recevra un budget pour gérer les ressources humaines et matérielles, en vue de fournir les services de santé prévus, en regard des programmes de santé spécifiques.

La collaboration entre le DSC et le CLSC se concrétise principalement de la façon suivante:

1° Les deux administrateurs s'entendent sur un contrat, en assurant l suivi et le renouvellement.

2° Le médecin conseil du DSC collabore principalement avec les médecins responsables et même que dans la majorité des cas, le médecin conseil du DSC agit au nom du chef du département de santé communautaire.

4. AUTRES RESPONSABILITÉS

Les DSC, dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail doivent voir à:

4.1 La reconnaissance des services de santé des établissements (art. 130 à 136, L.R.Q., chap. S-2.1).

4.2 L'application du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

4.3 Étude des réclamations pour maladies professionnelles.

Telle que définie à l'article 9,6 du contrat spécifique, la responsabilité confiée au CH-DSC pour l'étude de réclamations pour maladies professionnelles consiste à évaluer l'exposition des travailleurs au contaminants.

4,4 L'application de l'arrêté en conseil 1787-75.

L'application de l'arrêté en conseil 1787 consiste à effectuer un examen médical et un examen radiologique pulmonaire annuel de tous les ouvriers d'une mine.